Madagascar



Enquête Démographique
et de Santé

2003-2004

INDICATEURS DU SOMMET MONDIAL POUR LES ENFANTS – EDSMD-III

Taux de mortalité des enfants (0-4) (données observées)	Probabilité de décéder entre la naissance et l'âge de 5 ans, pour 1 000 naissances vivantes (période 0-4 ans avant l'enquête)		94
	(pour la période de 10 ans avant l'enquête)	Masculin :	117
		Féminin :	106
Taux de mortalité infantile (données observées)	Probabilité de décéder entre la naissance et le 1[er] anniversaire, pour 1 000 naissances vivantes (Période 0-4 ans avant l'enquête)		58
Retard de croissance	Enfants de moins de cinq ans souffrant de retard de croissance (%)		48
Émaciation	Enfants de moins de cinq ans souffrant d'émaciation (%)		13
Insuffisance pondérale	Enfants de moins de cinq ans souffrant d'insuffisance pondérale (%)		42
		Masculin	41
		Féminin	38
Utilisation de l'eau salubre	Pourcentage de la population qui utilise une source d'eau salubre pour boire		35
Utilisation des sanitaires	Pourcentage de la population disposant de latrines améliorées ou chasse d'eau		3
Fréquentation scolaire	Enfants d'âge scolaire de l'enseignement primaire qui fréquentent une école primaire (%)		75
Taux d'alphabétisation : Femmes/Hommes	Pourcentage de la population âgée de 15 ans ou plus qui sait lire un texte court et simple lié à la vie quotidienne	Homme :	75
		Femme :	71
Soins prénatals	Femmes de 15-49 ans consultées au moins une fois durant la grossesse par du personnel de santé (%)		80
Soins à la naissance de l'enfant	Naissances dont la mère a accouché avec l'assistance de personnel de santé (%)		51
Poids à la naissance < 2,5 kg	Naissances vivantes qui pèsent moins de 2 500 grammes (%)		5
Consommation du sel iodé	Ménages qui consomment du sel iodé (%)		
	- non iodé : 0 ppm		23
	- adéquatement iodé 15 ppm ou plus		71
Compléments de vitamine A	Enfants de 6-59 mois ayant reçu un supplément de vitamine A au cours des 6 derniers mois (%)		76
Compléments de vitamine A	Mères qui ont reçu un supplément de vitamine A avant que l'enfant n'atteigne l'âge de 8 semaines (%)		19
Cécité crépusculaire	Femmes qui souffraient de cécité nocturne durant la dernière grossesse (%)		8
Taux d'allaitement exclusif	Enfants de moins de 6 mois qui reçoivent exclusivement le sein (%)		67
Aliments de complément	Enfants de 6-9 mois (180-299 jours) qui reçoivent le sein et les aliments de complément (%)		78
Taux d'allaitement continu	Enfants de 12-15 mois qui sont allaités (%)		91
Taux d'allaitement continu	Enfants de 20-23 mois qui sont allaités (%)		64
Vaccin du DTCoq	Enfants d'un an vaccinés contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DTCoq) (%)		61
Vaccin de la rougeole	Enfants d'un an vaccinés contre la rougeole (%)		59
Vaccin de la polio	Enfants d'un an vaccinés contre la poliomyélite (%)		63
Vaccin du BCG	Enfants d'un an vaccinés contre la tuberculose (%)		72
Vaccination antitétanique	Femmes ayant reçu deux doses ou plus de vaccin antitétanique au cours de la grossesse (%) (pour les cinq dernières années)		40
	Femmes ayant reçu deux doses ou plus de vaccin antitétanique à n'importe quel moment au cours des dix dernières années		58
	Femmes complètement immunisées contre le tétanos pour une période d'au moins dix années selon le résultat du test sanguin		61
Prévalence de la diarrhée	Enfants de moins de cinq ans ayant souffert de la diarrhée au cours des deux dernières semaines (%)		10
Utilisation de la TRO	Enfants de 0-59 mois qui avaient la diarrhée durant les deux dernières semaines et qui ont été traités avec SRO ou une solution préparée à la maison (%)		43
Prévalence des IRA	Enfants de moins de cinq ans ayant souffert des symptômes d'IRA au cours des deux dernières semaines (%)		9
Traitement des IRA	Enfants de 0-59 mois qui avaient des IRA durant les deux dernières semaines et qui ont été conduits à un centre de santé ou auprès d'un agent de santé (%)		39

Pour les indicateurs supplémentaires, se référer à la couverture intérieure arrière.

INDICATEURS SUPPLÉMENTAIRES – EDSMD-III

Indicateurs supplémentaires pour le suivi d'autres droits de l'enfant		
Résidence des enfants	Enfants de 0-14 ans vivant dans un ménage sans parent biologique (%)	13
Orphelins dans les ménages	Enfants de 0-14 ans orphelins des deux parents vivant dans des ménages (%)	1
Ratio d'enfants orphelins au non-orphelins à l'école	Ratio du pourcentage d'enfants 0-14 ans orphelins au non-orphelins fréquentant l'école	0,8
Indicateurs supplémentaires pour le suivi du VIH/sida et autres IST		
Connaissance correcte des moyens de prévention du VIH/sida et rejet d'idée erronées	Pourcentage de femmes et d'hommes 15-24 ans qui connaissent parfaitement les deux moyens programmatiques de prévention et qui rejettent les trois idées erronées à propos du VIH/sida (%) : - Femmes (15-24 ans) : - Hommes (15-24 ans) :	 19 19
Aspects sociaux du VIH/sida	Femmes qui ne voudraient pas que l'état d'un membre de la famille atteint du VHI/Sida reste secret (%)	53
Transmission du VIH de la mère à son enfant	Femmes qui pensent que le VIH peut être transmis de la mère à son enfant durant la grossesse (%) Femmes qui pensent que le VIH peut être transmis de la mère à son enfant durant l'accouchement (%) Femmes qui pensent que le VIH peut être transmis de la mère à son enfant durant l'allaitement (%)	59 47 45
Population testée pour la syphilis	Pourcentage testé pour la syphilis (%) : - Femmes : - Hommes :	 92 87
Séroprévalence de la syphilis	Taux de séroprévalence des infections de syphilis des douze derniers mois (test RPR) - Femmes : - Hommes :	 4,2 3,5
Indicateurs supplémentaires pour le suivi de la fécondité		
Indice synthétique de fécondité	Nombre moyen d'enfants par femme en fin de vie féconde	5,2
Âge médian à la première naissance	Âge auquel la moitié des mères de 25-49 ans ont eu leur première naissance	20,4
Intervalle intergénésique médian	Durée de l'intervalle (en mois) pendant laquelle la moitié des mères de 15-49 ans ont attendu avant d'avoir une autre naissance	32,6
Fécondité des adolescentes	Femmes de 15-19 ans déjà mères ou enceintes du 1er enfant (%)	34
Indicateurs supplémentaires pour le suivi de la nuptialité		
Femmes en union	Femmes de 15-49 ans qui sont en union au moment de l'enquête (%)	65
Femmes de 15-49 ans célibataires	Femmes de 15-49 ans qui ne se sont jamais mariées (%)	21
Femmes de 15-19 ans célibataires	Femmes de 15-19 ans qui ne sont jamais mariées (%)	67
Femmes de 20-24 ans célibataires	Femmes de 20-24 ans qui ne sont jamais mariées (%)	26
Âge à la 1ere union	Âge auquel la moitié des femmes de 20-49 ans sont entrées en union pour la première fois	19,1
Âge aux premiers rapports sexuels	Âge auquel la moitié des femmes de 20-49 ans ont eu leurs premiers rapports sexuels	17,4
Indicateurs supplémentaires pour le suivi des préférences en fécondité		
Nombre idéal moyen d'enfants	Pour les femmes de 15-49 ans, le nombre moyen d'enfants souhaité à la fin de leur vie féconde	4,8
Désir d'espacement des naissances	Femmes en union souhaitant espacer la prochaine naissance de deux ans ou plus (%)	29
Désir de limitation des naissances	Femmes en union ne voulant plus d'enfants, y compris celles qui sont stérilisées (%)	41
Prévalence contraceptive – femmes en union (toutes méth./méth. modernes)	Femmes en union de 15-49 ans qui utilisent une méthode contraceptive (toutes méthodes confondues, et méthodes modernes) (%) Toutes méthodes : Méth. modernes :	 27 18
Prévalence contraceptive – toutes les femmes (toutes méth./méth. modernes)	Toutes les femmes de 15-49 ans qui utilisent une méthode contraceptive (toutes méthodes confondues, et méthodes modernes) (%) Toutes méthodes : Méth. modernes :	 22 14
Besoins non satisfaits en planification familiale	Femmes en union ayant déclaré ne plus vouloir d'enfants ou vouloir attendre deux ans ou plus avant la prochaine naissance et qui n'utilisent pas la contraception (%)	24

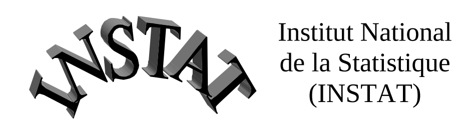
RÉPUBLIQUE DE MADAGASCAR

Enquête Démographique et de Santé Madagascar 2003-2004

Institut National de la Statistique
Ministère de l'Économie, des Finances et du Budget
Antananarivo, Madagascar

ORC Macro
Calverton, Maryland, USA

Février 2005



Institut National de la Statistique (INSTAT)



ORC Macro



Banque Mondiale



Agence des États-Unis pour le Développement International (USAID)



Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF)



Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA)

Ce rapport présente les principaux résultats de la troisième Enquête Démographique et de Santé réalisée à Madagascar (EDSMD-III), de novembre 2003 à mars 2004 par l'Institut National de la Statistique (INSTAT), (Ministère de l'Économie, des Finances et du Budget) en collaboration avec le Ministère de la Santé et du Planning Familial.

L'EDSMD-III, initiée par le Gouvernement de Madagascar, fait partie du programme mondial MEASURE *DHS*+ dont l'objectif est de collecter, d'analyser et de diffuser des données relatives à la population et à la santé de la famille, d'évaluer l'impact des programmes mis en œuvre et de planifier de nouvelles stratégies pour l'amélioration de la santé et le bien-être de la population. L'enquête a été réalisée avec l'appui technique de ORC Macro. Elle a bénéficié de l'appui financier de l'Agence des États-Unis pour le Développement International (USAID), du Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), de la Banque Mondiale à travers le CNLS/PMPS et CRESAN-2, du Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA) et du Gouvernement malgache. Ce rapport est l'œuvre des auteurs et ne représente nécessairement ni la politique de l'USAID ni des autres organismes de coopération.

Des informations complémentaires sur l'EDSMD-III peuvent être obtenues auprès de la Direction Générale de l'Institut National de la Statistique (INSTAT), BP 485, Anosy, 101 Antananarivo, Madagascar, Tel : (261) 20-22-216-52, Fax : (261) 20-22-332-50, www.instat.mg.

Concernant le programme MEASURE *DHS*+, des renseignements peuvent être obtenus auprès de ORC Macro, 11785 Beltsville Drive, Calverton, MD 20705, USA (Téléphone (301) 572-0200 ; Fax (301) 572-0999 ; E-mail : reports@macroint.com ; Internet : http://www.measuredhs.com).

Citation recommandée :

Institut National de la Statistique (INSTAT) et ORC Macro. 2005. *Enquête Démographique et de Santé de Madagascar 2003-2004*. Calverton, Maryland, USA : INSTAT et ORC Macro.

TABLE DES MATIÈRES

Page

LISTE DES TABLEAUX ET DES GRAPHIQUES

Page

CHAPITRE 4 FÉCONDITÉ

CHAPITRE 5 PLANIFICATION FAMILIALE

CHAPITRE 6 ÉTAT MATRIMONIAL ET EXPOSITION AU RISQUE DE GROSSESSE

CHAPITRE 7 PRÉFÉRENCES EN MATIÈRE DE FÉCONDITÉ

CHAPITRE 13 PRÉVALENCE DE LA SYPHILIS ET FACTEURS ASSOCIÉS

CHAPITRE 14 TEST DE DÉPISTAGE DE L'IMMUNITÉ CONTRE LE TÉTANOS ET LA ROUGEOLE

PRÉFACE

L'Enquête Démographique et de Santé (EDS), qui s'inscrit dans le cadre du Programme Mondial du même nom, est une opération statistique bien établie a Madagascar, car le pays est actuellement a sa troisième édition. Le gouvernement malgache ne peut que se féliciter de compter l'EDS parmi les outils privilégiés de conception, de suivi et d'évaluation de programmes, notamment sociaux; à considérer ou déjà inscrits dans le Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP).

Outre le fait que l'Enquête Démographique et de Santé de 2003-2004 (EDSMD-III) a permis de déterminer le niveau et l'évolution des variables déjà étudiées lors des deux précédentes enquêtes EDS92 et EDS97, cette importante opération a par ailleurs été l'occasion d'intégrer d'autres thèmes répondant aux nouvelles demandes et préoccupations des utilisateurs : introduction de I'enquête homme et réalisation de quatre catégories de test Bio marker (rougeole, tétanos, syphilis et anémie). Malgré la lourdeur de I'opération rendue plus difficile encore avec les passages des deux cyclones Elita et Gafilo, cette enquête a pu être menée à son terme avec seulement un retard d'une semaine par rapport au calendrier prévisionnel.

A ce titre, j'aimerais adresser mes plus vifs remerciements, tout d'abord, à tous les Départements Ministériels qui ont contribué de près ou de loin à la réussite de cette EDSMD-III, ensuite aux élus et autorités administratives décentralisées qui n'ont ménagé aucun effort pour appuyer et assister le personnel de terrain dans son travail. Mes remerciements vont enfin à toute l'équipe de la Direction de la Démographie et des Statistiques Sociales de l'Institut National de la Statistique (INSTAT) qui a été chargée de l'exécution de l'opération.

Par ailleurs, je voudrais témoigner ici toute ma reconnaissance aux partenaires techniques et financiers internationaux pour leur importante contribution, en particulier l'Agence des États-Unis pour le Développement International (USAID) avec ORC Macro, la Banque Mondiale à travers le projet CRESAN-2, le Projet Multisectoriel pour la Prévention du Sida (PMPS) et le projet SEECALINE, le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF) et le Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFP A), ainsi que les laboratoires d'analyse des prélèvements sanguins, à savoir: l'Institut Pasteur de Madagascar et le laboratoire Baxter Health-Care des États- Unis d'Amérique.

Enfin, j'adresse ma profonde gratitude aux ménages enquêtés et plus particulièrement aux femmes et aux hommes qui ont bien voulu distraire de leur précieux temps pour répondre aux nombreuses questions, d'ordre personnel et parfois intimes, des agents enquêtrices et enquêteurs.

Le Ministre de l'Économie, des Finances et du Budget

MINISTERE DE L'ECONOMIE, DES FINANCES

RADAVIDSON Andriamparany Benjamin

REMERCIEMENTS

La réalisation de la troisième Enquête Démographique et de Santé (EDSMD-III) à Madagascar va permettre au Gouvernement malgache de disposer des outils nécessaires à la conception et à la mise en oeuvre des différents programmes visant à améliorer le bien-être de la population. Ces données seront également d'une extrême importance pour les différents partenaires dans le suivi et l'évaluation de leur programme respectif.

Aussi, j'adresse mes plus vifs remerciements :

- à la Banque Mondiale à travers ses projets CRESAN-2, PMPS et SEECALINE ;
- au Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA) ;
- au Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF) ;
- à l'Agence Américaine pour le Développement International (USAID) ;
- à tous les Départements Ministériels qui ont contribué, de loin ou de près, à la réalisation de cette enquête ;
- au Comité d'Ethique qui a bien voulu valider le Protocole pour la réalisation des tests biomarkers ;
- à ORC Macro, pour son assistance dans toutes les phases de l'enquête ;
- à l'Institut Pasteur de Madagascar (IPM) et au laboratoire Baxter Health-Care des EtatsUnis d'Amérique pour la validation des tests et l'analyse des prélèvements sanguins ;
- au personnel de la Direction de la Démographie et des Statistiques Sociales (DDSS) ;
- aux autorités locales qui, de par leur concours, ont facilité la tâche des agents enquêteurs ;
- aux équipes de terrain, de par leur exploit et leur abnégation pour réaliser la collecte des données malgré le passage des deux cyclones tropicaux « Gafilo » et « Elita » ;
- aux chauffeurs qui ont rempli leur devoir de ramener saines et sauves les équipes de terrain.

Ma profonde gratitude s'adresse également à tous les ménages, femmes et hommes enquêtés qui ont bien voulu accepter d'apporter leur collaboration permettant ainsi la réalisation de cette enquête.

Le Directeur Général
De l'Institut National de la Statistique



RAZAFINDRAVONONA Jean

SIGLES

AEPSPE	Assainissement, Eau Potable, Soins Primaires de l'Environnement
AGCU	Autres Grands Centres Urbains
ANDEA	Autorité Nationale de l'Eau et de l'Assainissement
BCG	Bacille de Calmette et Guérin (vaccin antituberculeux)
CDC	Centers for Disease Control and Prevention (États-Unis)
CHD	Centre Hospitalier de District
CNLS	Comité National de Lutte contre le Sida
CRESAN	Crédit d'appui au secteur Santé
CSB	Centre de Santé de Base
CUS	Centre Urbain Secondaire
CV	Coefficient de Variation
DBC	Distribution à Base Communautaire
DDSS	Direction de la Démographie et des Statistiques Sociales
DHS (EDS)	Demographic and Health Surveys (Enquêtes Demographiques et de Santé)
DIU	Dispositif Intra-Utérin
DSRP	Document Stratégique pour la Réduction de la Pauvreté
DTCoq	Diphtérie, Tétanos, Coqueluche
EDSMD-III	Troisième Enquête Démographique et de Santé à Madagascar
EDS (DHS)	Enquêtes Démographiques et de Santé (Demographic and Health Surveys)
ENDS	Enquête Nationale Démographique et Sanitaire
ET	Écart-type
FISA	Fianakaviana Sambatra
GPS	Global Positioning System
IEC	Information, Éducation et Communication
IMC	Indice de Masse Corporelle
INSTAT	Institut National de la Statistique
IPM	Institut Pasteur de Madagascar
IRA	Infections respiratoires aiguës
ISF	lndice Synthétique de Fécondité
ISFD	lndice Synthétique de Fécondité Désirée
ISSA	Integrated System for Survey Analysis
IST	Infection sexuellement transmissible
MAMA	Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée
MICS	Multiple Indicators Cluster Survey
MST	Maladie Sexuellement Transmissible
NCHS	National Center for Health Statistics (États-Unis)

ONG	Organisation non gouvernementale
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ORC	Opinion Research Corporation
PAEPAR	Projet pilote d'Approvisionnement en Eau Potable et l'Assainissement en milieu Rural
PEV	Programme Élargi de Vaccination
PF	Planning Familial
PIB	Produit Intérieur Brut
PMPS	Projet Multisectoriel pour la Prévention du Sida
PNLS	Programme National de Lutte contre le Sida
PNSR	Politique Nationale en Santé de la Reproduction
RDV	Risque de Mortalité Maternelle sur la Durée de Vie
REPS	Racine carrée de l'Effet du Plan de Sondage
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
SEECALINE	Surveillance et Education des Ecoles et des Communautés en matière d'Alimentation et de Nutrition Elargie
SIDA	Syndrôme de l'Immunodéficience Acquise
SRO	Sels de Réhydratation par voie Orale
TBN	Taux Brut de Natalité
TGFG	Taux Global de Fécondité Générale
TMI	Taux de Mortalité Infantile
TMIJ	Taux de Mortalité Infanto-Juvénile
TMM	Taux de Mortalité Maternelle
TRO	Thérapie de Réhydratation par voie Orale
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
UPS	Unité Primaire de Sondage
USAID	United States Agency for International Development (Agence des États-Unis pour le Développement International)
VAT	Vaccin Antitétanique
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine
ZD	Zone de Dénombrement

RÉSUMÉ

L'Enquête Démographique et de Santé de Madagascar (EDSMD-III) est la troisième du genre. Il s'agit d'une enquête par sondage, représentative au niveau national ; elle a été conduite par la Direction de la Démographie et des Statistiques Sociales de l'Institut National de la Statistique en collaboration avec le Ministère de la Santé. Elle a bénéficié de l'assistance technique de ORC Macro, institution de coopération américaine en charge du programme international des Enquêtes Démographiques et de Santé (DHS). Le projet EDSMD-III a été exécuté grâce à l'appui financier de la Banque Mondiale à travers le Projet Multisectoriel pour la Prévention du Sida (PMPS), le CRESAN-2, la SEECALINE, du Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), du Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA) et de l'Agence des États-Unis pour le Développement International (USAID).

L'EDSMD-III fournit des informations sur la fécondité, la planification familiale, la santé de la mère et de l'enfant, les soins pré et postnatals, les vaccinations, l'état nutritionnel des enfants de moins de cinq ans et des mères, la mortalité infanto-juvénile, les Infections Sexuellement Transmissibles (IST) et le VIH/sida. Pour la première fois, des enquêtes de séroprévalence ont été effectuées.

L'objectif des tests est d'estimer le taux de prévalence de l'infection de la syphilis au sein de la population adulte des femmes de 15-49 ans et des hommes de 15-59 ans ; la prévalence de la protection sérologique contre le tétanos chez les femmes en âges de procréer (15-49 ans) et chez les enfants de moins de cinq ans et enfin la prévalence de la protection sérologique contre la rougeole chez les enfants de moins de cinq ans.

Au cours de l'enquête, réalisée sur le terrain de novembre 2003 à mars 2004, 8 420 ménages, 7 949 femmes âgées de 15-49 ans ont été interviewés avec succès. Dans le tiers des ménages, ientifiés pour le test de la syphilis, 2 783 femmes de 15-49 ans et 2 685 hommes de 15-59 ans ont été identifiés, parmi lesquels 2 555 femmes et 2 339 hommes ont été testés pour la syphilis. Dans un autre tiers des ménages, 2 827 femmes de 15-49 ans et 1 917 enfants de moins de 5 ans étaient éligibles pour le test du tétanos, dont respectivement 2 561 femmes et 1 649 enfants ont été testés. De plus, les 1 649 enfants de moins de 5 ans ont été également testés pour la rougeole.

Les informations recueillies sont représentatives au niveau national, du milieu de résidence (la Capitale, autres villes, ensemble urbain et milieu rural) et au niveau de chaque province pour un nombre important d'indicateurs socio-démographiques et sanitaires.

Pour l'approvisionnement en eau à boire, au niveau national, 35 % des ménages ont accès à de l'eau salubre. La proportion est de 74 % en milieu urbain contre 23 % en milieu rural. En ce qui concerne la disponibilité d'installations sanitaires, près de la moitié des ménages (49 %) utilisent les fosses perdues et plus de deux ménages sur cinq ne possèdent pas de toilettes du tout (45 %). Le test du sel utilisé par le ménage a révélé que dans l'ensemble du pays, moins du quart (23 %) des ménages n'utilisent pas du sel iodé. L'utilisation du sel iodé est plus fréquente en milieu urbain (80 %) qu'en milieu rural (68 %).

L'enquête s'est également intéressée à la survie des parents des enfants de moins de 15 ans. De l'examen des résultats, il ressort que 66 % de ces enfants vivent avec leurs deux parents biologiques. La situation est plus fréquente dans la province d'Antananarivo (77 %), et la proportion n'est que de 54 % dans la province de Toliara.

Les données de l'EDSMD-III, montrent que la fécondité des femmes malgache demeure élevée. Avec les niveaux actuels, chaque femme donnera naissance en moyenne à 5,2 enfants en fin de vie féconde. Cette fécondité est également précoce : un peu plus du tiers des adolescentes de 15-19 ans (34 %) ont déjà commencé leur vie reproductive. Par ailleurs, des différences de fécondité apparaissent entre milieux de résidence : une femme du milieu urbain a un niveau de fécondité nettement plus faible que celle du milieu rural (3,7 contre 5,7 enfants par femme). En outre, le nombre moyen d'enfants par femme présente des

écarts importants selon le niveau d'instruction des femmes (3,4 enfants par femme chez celles ayant atteint le niveau secondaire ou plus contre 6,6 chez celles sans instruction) et l'indice de bien-être économique du ménage d'appartenance de la femme : 3,0 enfants en moyenne pour les femmes appartenant aux ménages les plus riches contre 6,6 pour celles des ménages les plus pauvres.

A Madagascar, 4,7 % des femmes actuellement en union et âgées de 45-49 ans n'ont toujours pas d'enfants et peuvent être considérées comme stérile.

Parmi les femmes de 15-49 ans, 65 % étaient en union au moment de l'enquête. Aux âges avancés, le mariage est quasi-généralisé chez les femmes. La moitié des femmes de 25-49 ans entrent en première union à l'âge de 19,1 ans. Cet âge est beaucoup plus tardif chez les hommes de 30-59 ans (23,5 ans). Quant à l'âge médian aux premiers rapports sexuels, il est de 17,5 ans parmi les femmes de 25-49 ans, et est très proche de celui des hommes de 25-59 ans (18 ans).

Pour la planification familiale, bien que de plus en plus de femmes connaissent les méthodes contraceptives (83 % en 2003-2004 contre 70 % en 1997 et 62 % en 1992), et en particulier les méthodes modernes (82 %), peu de femmes les utilisent. En effet, la prévalence contraceptive est seulement de 22 %, toutes méthodes confondues, et 14 % pour les méthodes modernes. Parmi les femmes en union, la proportion des utilisatrices a augmenté au cours des quinze dernières années : 17 % en 1992, et 27 % en 2003-2004 pour l'ensemble des méthodes. Concernant les seules méthodes modernes, une augmentation a été enregistrée : de 5 % en 1992 à 18 % en 2003-2004. En ce qui concerne les hommes, avec une connaissance identique des méthodes à celle des femmes (82 %), leur prévalence contraceptive est un peu plus élevée que chez les femmes (25 % contre 22 %).

Bien que l'utilisation actuelle de la contraception a pratiquement doublé chez les femmes en union depuis l'EDS de 1997, les besoins non-satisfaits en matière de planification familiale restent encore importants. Près du quart des femmes en union (24 %) en expriment le besoin, avec 11 % pour l'espacement des naissances et 12 % pour la limitation des naissances. Seulement 53 % de la demande potentielle totale en planification familiale chez les femmes en union se trouve satisfaite à Madagascar. Si tous les besoins étaient couverts, la prévalence contraceptive des femmes en union serait de 51 %, ce qui est près de deux fois plus élevé que la prévalence enregistrée.

En ce qui concerne les soins prénatals et les conditions d'accouchement, on constate que pour la grande majorité (80 %) des naissances survenues dans les 5 années précédant l'enquête, les mères ont effectué une visite prénatale et que 53 % d'entre elles ont été protégées contre le tétanos néonatal, par au moins une dose de vaccin antitétanique. Par contre, il y a très peu de femmes qui accouchent dans les établissements sanitaires. Seulement 33 % des naissances se sont déroulées en établissement sanitaire et 51 % ont été assistées par du personnel formé. Les femmes du milieu rural, celles sans instruction et celles appartenant aux ménages pauvres ont, beaucoup plus fréquemment que les autres, accouché à domicile et sans assistance de personnel formé.

Pour ce qui est de la vaccination des enfants, on constate que d'après les deux sources (carnet de santé et déclaration de la mère) : 72 % des enfants de 12-23 mois ont reçu le BCG, 57 % les trois doses de DTCoq, 60 % celles de la Polio et 52 % ont été vaccinés contre la rougeole. Au total, un peu plus de la moitié (53 %) des enfants de 12-23 mois ont reçu tous les vaccins du Programme Elargi de Vaccination (PEV). À l'inverse, un enfant sur 5 (21 %) de 12-23 mois n'a reçu aucun vaccin. Les enfants bénéficiant d'une meilleure couverture vaccinale sont ceux de mère instruite, vivant en ville ou qui appartient à un ménage aisé.

À Madagascar, les infections respiratoires aiguës et la diarrhée sont des problèmes de santé importants chez les enfants. Moins d'un enfant sur 10 (9 %) a souffert de toux accompagnée de respiration courte et rapide au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête. S'agissant de la diarrhée, près d'un enfant sur dix (10 %) a eu un ou plusieurs épisodes diarrhéiques durant cette même période. Au cours des épisodes diarrhéiques, 19 % des enfants n'ont bénéficié d'aucun type de réhydratation ou autre traitement, et seulement 32 % ont été conduits dans un établissement de santé au cours de leur maladie.

L'utilisation des moustiquaires est un moyen efficace de protection contre les moustiques qui transmettent le paludisme. Les données de l'enquête montrent que près de deux ménages sur cinq (39 %) possèdent au moins une moustiquaire. C'est dans les

provinces d'Antsiranana (82 %), de Mahajanga (67 %) et de Toamasina (62 %) que les proportions de ménages possédant une moustiquaire sont les plus élevées. Dans les ménages ayant des enfants de moins de cinq ans et disposant de moustiquaires, seulement 36 % de ces enfants ont dormi sous une moustiquaire la nuit précédant l'enquête. L'utilisation de moustiquaires par les femmes enceintes au cours de la nuit ayant précédé l'interview n'est guère différente de celle des enfants de moins de cinq ans (35 %).

L'allaitement est presque universel à Madagascar ; 98 % des enfants nés au cours des cinq dernières années ayant précédé l'enquête ont été allaités. Plus de trois enfants sur cinq (62 %) ont été mis au sein dès la première heure et près de neuf enfants sur dix (88 %) dans les 24 heures après l'accouchement. La durée médiane de l'allaitement est de 21,6 mois.

Trois quarts des ménages (75 %) utilisent du sel iodé au moment de l'enquête. L'utilisation du sel iodé est plus fréquente en milieu urbain (83 %) qu'en milieu rural (73 %).

Trois quarts des enfants de 6 à 59 mois (76 %) ont reçu une capsule de vitamine A au cours des 6 mois qui ont précédé l'enquête. Seule, une mère sur cinq a reçu de la vitamine A post-partum (19 %). Deux tiers des femmes ont déclaré ne pas avoir reçu de compléments de fer/acide folique (FAF) lors de leur grossesse.

Plus des deux tiers des enfants de moins de 5 ans sont atteints d'anémie : 35 % d'anémie légère, 31 % d'anémie modérée et 3 % d'anémie sévère. Les enfants de 6-9 mois et 10-11 mois sont les plus vulnérables à l'anémie par rapport au plus âgés (48-59 mois).

Chez les femmes qui ont eu au moins un enfant au cours des cinq dernières années précédant l'enquête, 46 % sont atteintes d'anémie : 35 % sous forme légère, 9 % sous forme modérée et 3 % sous forme sévère.

L'évaluation de la prévalence de l'anémie chez les hommes au cours de l'enquête a montré qu'un homme sur cinq (19 %) est atteint d'anémie : 15 % sous la forme légère, 3 % sont atteints d'anémie modérée et 1 % d'anémie sévère.

A Madagascar, 45 % des enfants de moins de trois ans souffrent d'un retard de croissance, c'est-à-dire qu'ils ont une taille trop petite par rapport à leur âge. Un peu plus d'un enfant sur cinq souffre de cette forme de malnitrition sous sa forme sévère (22 %).

Quatorze pour cent des enfants de moins de trois ans sont émaciés, c'est-à-dire qu'ils sont trop maigres par rapport à leur taille, avec 3 % de forme sévère. Les enfants du groupe d'âges 12-23 mois, âge moyen du sevrage, restent les plus vulnérables avec une prévalence égale à 18 %.

La taille moyenne des femmes malgaches est de 153 cm, taille légèrement au dessus du seuil critique (entre 140 et 150 centimètres) ; 7 % des femmes ont une taille inférieure à 145 cm. L'Indice de Masse Corporel (IMC) moyen des femmes malgaches est de 21,0 (les valeurs normales varient de 18,5 à 24,9), près de trois quart des femmes ont un IMC normal et 7 % un IMC supérieur à 24,9.

La mortalité des enfants reste encore élevée à Madagascar. Cependant, les niveaux observés de mortalité à l'EDSMD-III mettent en évidence une tendance à la baisse de la mortalité depuis l'ENDS de 1992. La mortalité infanto-juvénile (${}_5q_0$) observée au cours de la période la plus récente (0-4 ans) avant l'enquête, est de 94 ‰ (EDSMD-III), alors qu'elle était de 163 ‰ à l'EDS-97 et de 159 ‰ à l'ENDS-92. La mortalité infantile (${}_1q_0$) observée au cours des cinq années qui ont précéde l'enquête, est de 58 ‰.

La mortalité maternelle est élevée à Madagascar. Pour la période 1998-2003, le taux de mortalité maternel est estimé à 469 décès pour 100 000 naissances vivantes. Avec ce niveau de mortalité, une femme sur 42 court le risque de décéder pour cause maternelle pendant les âges de procréation.

Le VIH/sida est connu par la majorité de la population (79 % des femmes et 88 % des hommes). Cependant, bien que la majorité des femmes aient entendu parler du VIH/sida, seulement 64 % d'entre elles pensent qu'il y a un moyen d'éviter de le contracter. Chez les hommes, cette proportion est bien plus élevée (76 %).

En ce qui concerne, la connaissance de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, 59 % des femmes ont déclaré que le VIH peut être transmis au cours de la grossesse, 47 % pendant l'accouchement et 45 % des femmes savent que le VIH peut être transmis en allaitant. La connaissance de la

transmision du VIH au cours de la grossesse, pendant l'accouchement et en allaitant est plus élevée chez les hommes, respectivement de 65 %, 54 % et 51 %.

Le comportement que les gens adopteraient face à des personnes atteintes par le VIH/sida est révélateur du niveau de stigmatisation et de discrimination à l'égard des personnes infectées par ce virus. Cette enquête montre que respectivement plus de la moitié des femmes (56 %) et des hommes (55 %) ont déclaré qu'ils seraient prêts à prendre soin chez eux d'un membre de la famille atteint du sida.

Un des objectifs essentiels du programme malgache de lutte contre le sida est d'encourager la population sexuellement active à utiliser de façon régulière le condom. L'EDSMD-III montre que 17 % des femmes et 38 % des hommes ont déclaré avoir eu des rapports sexuels à haut risque au cours des 12 derniers mois. Seulement 5 % des femmes et 13 % des hommes ont déclaré avoir utilisé un condom au cours de ces derniers rapports sexuels à haut risque.

Les résultats de l'EDSMD-III indiquent que dans l'ensemble 90 % de la population a accepté de donner un échantillon de sang pour le test de la syphilis. Le taux de couverture est plus élevé chez les femmes (92 %) que chez les hommes (87 %) et plus élevé en milieu rural (93 %) qu'en milieu urbain (87 %). Globalement, dans 4 % des cas, les enquêtés ont refusé de participer au test (3 % chez les femmes et 4 % chez les hommes) ; la majorité des autres enquêtés qui n'ont pas été testés n'étaient pas à la maison au moment du test (5 %).

La prévalence de tous les cas de syphilis (anciens, mal traités ou actuels) est de 6,3 % dans l'ensemble. Quant à la prévalence des infections de la syphilis active (au cours des douze derniers mois précédant l'enquête) dans la population adulte à Madagascar, elle est de 3,8 %. Le taux de séroprévalence chez les femmes âgées de 15-49 ans est de 4,2 %. Il est légèrement supérieur au taux estimé obtenu chez les hommes âgés du même groupe d'âges 15-49 ans (estimés à 3,5 %). Avec ces taux, on estime que la population adulte (femmes de 15-49 ans et hommes de 15-49 ans) qui est séropositive serait d'environ 299 000 personnes (135 000 hommes et 164 000 femmes) en 2003-2004.

Selon le milieu de résidence, et quel que soit le sexe, la prévalence est beaucoup plus élevée en milieu rural (4,2 %) qu'en milieu urbain (2,7 %).

Au niveau des provinces, les résultats de l'EDSMD-III montrent que les provinces les plus touchées sont Toamasina (8,6 %), Toliara (6,2 %) Antsiranana (5,7 %) et de Mahajanga (5,3 %). Les provinces d'Antananarivo et de Fianarantsoa sont celles où les niveaux de prévalence sont les plus faibles (0,9 % et 1,8 %).

Dans l'ensemble, 91 % des femmes de 15-49 ans ont donné un échantillon de sang pour le test de tétanos. Le taux de couverture chez les femmes est plus élevé en milieu rural qu'en milieu urbain (93 % contre 89 %). Chez les enfants de moins de cinq ans, 86 % ont respectivement donné un échantillon de sang pour les tests du tétanos et de la rougeole.

Trois femmes sur cinq sont complètement immunisées contre le tétanos (61 %) et une femme sur cinq est partiellement immunisée (21 %). Au niveau de la province, le pourcentage des femmes complétement immunisées contre le tétanos est plus élevé dans les provinces d'Antsiranana (70 %), suivie de Fianarantsoa et de Toliara (64 %).

Un peu plus de la moitié des enfants de moins de cinq ans sont complètement immunisés contre le tétanos (52 %). Cependant, pratiquement un enfant sur quatre (24 %) ne présente aucune protection immunitaire contre le tétanos. Selon la province, celle d'Antananarivo (61 %) présente le pourcentage le plus élevé d'enfants complètement immunisés, suivie de la province de Fianarantsoa (58 %) et de Mahajanga (48 %). Le niveau le plus faible d'enfants complètement immunisés se trouve dans la province de Toliara (36 %).

Concernant la rougeole, 65 % des enfants de moins de cinq ans en sont immunisés. Ce pourcentage varie avec l'âge : de 49 % à 6-11 mois, à 66 % et 71 % respectivement à 36-47 mois et 48-59 mois. Les pourcentages d'enfants immunisés les plus élevés se trouvent dans la province d'Antananarivo (73 %) et de celle de Toliara (69 %). La province d'Antsiranana présente le pourcentage d'immunisés le plus faible (45 %).

MADAGASCAR



ANTSIRANANA
CANAL DU
MOZAMBIQUE
MAHAJANGA
TOAMASINA
ANTANANARIVO
FIANARANTSOA
OCEAN INDIEN
TOLIARA

CARACTÉRISTIQUES DU PAYS ET PRÉSESENTATION DE L'ENQUÊTE ET DE LA MÉTHODOLOGIE DES TESTS SÉROLOGIQUES 1

Rafaralahy Victor RABEZA et Soumaïla MARIKO[1]

Ce premier chapitre est consacré à la présentation des caractéristiques de Madagascar et de la troisième Enquête Démographique et de Santé (EDSMD-III) réalisée dans le pays. Il permettra au lecteur de se familiariser avec le contexte environnemental de l'enquête ainsi qu'avec les procédures techniques de mise en œuvre de l'opération.

1.1 CARACTÉRISTIQUES DU PAYS

1.1.1 Géographie

Située entre 11° 57' et 25° 30' de latitude Sud et entre 43° 14' et 50° 27' de longitude Est, à cheval sur le Tropique du Capricorne, Madagascar se trouve dans l'hémisphère Sud, dans le Sud-Ouest de l'Océan Indien, séparé de la côte sud-est de l'Afrique par le canal de Mozambique.

Avec ses 587 401 km² de superficie, Madagascar apparaît comme une véritable île continent. Elle s'étend sur une longueur de 1500 kilomètres entre le Cap Sainte-Marie au sud et le cap d'Ambre à l'extrême nord, et sur près de 500 kilomètres dans sa plus grande largeur. Elle possède plus de 5 000 kilomètres de côtes baignées, à l'Ouest, par le canal de Mozambique et, à l'Est, par l'Océan Indien avec de nombreuses petites îles (Nosy).

L'île présente un relief très accidenté. En effet, le pays est dominé au centre par un ensemble de chaînes montagneuses de direction générale Nord Sud avec trois points culminant à plus de 2500 mètres : Tsaratanana à l'extrême nord (2 876 mètres), Tsiafajavona Ankaratra sur les Hautes Terres Centrales (2 650 mètres) et Andringitra sur les Hautes terres Méridionales (2 660 mètres). Les Hautes Terres sont formées par un ensemble de bassins ou de plaines d'effondrement et sont relativement fertiles et propices à l'activité agricole (bassin d'Antsirabe-Betafo, plaine du Lac Alaotra, plaine d'Ikalamavony, Zomandao, etc.). La partie Centre Est de île est parcourue, toujours selon une direction Nord Sud, d'une ligne de faille marquée par un long escarpement surplombant à l'Est un ensemble de collines de forme ronde ou allongée, d'altitude tournant autour de 1 000 mètres : c'est la zone des falaises Tanala ou Betsimisaraka. Ces collines d'accès difficile, sont recouvertes de forêt primaire déjà largement dévastée par l'homme et laissant la place à une végétation de savoka (ravinala, bambou). L'ensemble du littoral Est est formé d'étroites plaines côtières de faible altitude et parsemées de réseau hydrographique qui, du fait de la faiblesse de la pente se transforment en véritables marécages truffés de végétation aquatique dense. Sur l'ensemble de la partie Ouest des Hautes Terres, d'Andilamena au Nord à Ihosy au Sud, on peut observer un ensemble de relief d'allure plane et monotone : il s'agit des Tampoketsa, immense plateau d'altitude tournant autour de 1 200 à 1 400 mètres, surmontés parfois par des massifs volcaniques et portant une végétation de graminées propice à l'élevage extensif. L'ensemble du littoral Ouest est dominé de vastes plaines alluviales, zone de prédilection des cultures d'exportation (coton, tabac) et des cultures vivrières. Le Sud, au climat semi-aride, présente un paysage particulier, avec un ensemble de plateau gréseux et de plaines de sable roux ainsi qu'une végétation adaptée à la sécheresse (euphorbiacées, didieracées, bush, etc.).

---

[1] Pour ce qui concerne la section « objectifs et méthodologie des tests sérologiques de la syphilis, du tétanos et de la rougeole (Section 1.3).

Si les Hautes Terres centrales possèdent un climat tempéré avec des saisons bien différenciées (étés chauds et hivers frais), les régions côtières sont généralement chaudes toute l'année. La façade orientale est bien arrosée toute l'année, les précipitations annuelles y dépassant 2 000 mm. Le plateau central reste par contre moins arrosé (pluviométrie variant entre 800 et 1800 mm). En ce qui concerne la partie occidentale, la partie nord-ouest bénéficie d'un climat humide, la partie sud-ouest et les régions du sud sont caractérisées par une aridité importante : le sud et le sud-ouest recevant moins de 380 mm par an.

L'île est actuellement divisée en six provinces autonomes : Antananarivo, Toamasina, Antsiranana, Mahajanga, Fianarantsoa, et Toliara, elles-mêmes divisées en régions regroupant chacune des sous-préfectures (Fivondronampokontany) puis en communes, et enfin en Fokontany, la plus petite unité administrative. Les régions viennent tout récemment d'être mises en place pour renforcer le découpage politico administratif du pays qui est organisé en collectivités territoriales décentralisées.

1.1.2 Économie

À l'instar de nombreux pays africains, Madagascar est confronté à un environnement économique difficile depuis plusieurs décennies. La crise politique du premier semestre 2002 a engendré une désorganisation économique et sociale aboutissant à une aggravation de la pauvreté et de la vulnérabilité des populations. Avec un PIB par habitant évalué à 294 $US en 2003, un des plus faibles au monde, le pays fait face à un défi majeur qui est la réduction de la pauvreté. En 2003, on évaluait à 74 %, la proportion de la population qui vivait en dessous du seuil national absolu de pauvreté estimé à 1 154 000 FMG par adulte et par an (Rapport sur le suivi des OMD à Madagascar, INSTAT, Septembre 2004). Cette situation de pauvreté a pour corollaire des difficultés d'accès aux services sociaux de base, des niveaux élevés de chômage, d'analphabétisme, la fréquence de l'habitat précaire et une prévalence élevée de la malnutrition.

En 2003, la reprise de l'économie d'après crise a été constatée dans presque tous les secteurs grâce aux mesures de reconstruction, de rétablissement et de relance de différents programmes. Aussi, la structure de l'économie malgache est caractérisée par une prédominance du secteur tertiaire qui génère 58 % de la valeur ajoutée. Trois branches d'activités se distinguent par son importance dans ce secteur, à savoir : le transport, le commerce et les autres services. Il est suivi de loin par le secteur primaire avec 27 % dans lequel est employée la majorité de la population malgache. En troisième position se trouve le secteur secondaire avec seulement 15 % de la valeur ajoutée, cependant réalisée essentiellement par les entreprises modernes. Depuis l'avènement des entreprises franches à Madagascar, ce secteur a connu d'importantes mutations.

1.1.3 Population

Avant l'EDSMD-III, et depuis 1960, Madagascar a réalisé deux recensements (RGPH de 1975 et RGPH de 1993) et plusieurs enquêtes d'envergure nationale : Enquête démographique par sondage de 1966, deux Enquêtes Démographiques et de Santé (1992 et 1997), plusieurs enquêtes permanentes (EPM) sur les conditions de vie des ménages, deux enquêtes à indicateurs multiples : Multiple Indicators Clusters Survey (MICS) et enfin, d'autres enquêtes de portée plus ou moins large, menées par divers ministères, organismes internationaux et ONG. Ces opérations ont permis d'obtenir des indicateurs démographiques de base à différentes dates.

Tableau 1.1 Indicateurs démographiques de base

Indicateurs	ENDS 1992	RGPH 1993	EDS 1997	EDSMD-III 2003-2004
Superficie (km^2)	587 401	587 401	587 401	587 401
Population totale	-	12 238 914	-	-
Densité (habitants/km^2)	-	20,8	-	-
Population urbaine en %	-	-	22,8	24,6
Indice synthétique de fécondité (enfant/femme)	6,9	-	6,9	5,2
Taux brut de natalité (pour mille)	43,3		42,2	45,1
Taux de mortalité infantile (pour mille)	93	-	96	58
Taux d'accroissement annuel (pour cent)	-	2,8	-	-

Sources :
Enquête Démographique et de Santé, ENDS 1992
Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH), 1993
Enquête Démographique et de Santé, EDS 1997
Enquête Démographique et de Santé, EDSMD-III 2003-2004

Au dernier Recensement Général de la Population et de l'Habitat de 1993 (INSTAT/DDSS, 1993), la population résidente de Madagascar était de 12 238 914 habitants (tableau 1.1). Cet effectif qui correspond à une densité de près de 21 habitants au kilomètre carré place le pays parmi ceux qui en Afrique subsaharienne, sont moyennement peuplés. Le Niger n'a que 7,5 habitants au kilomètre carré et le Mali 9 habitants au kilomètre carré. Seuls le Sénégal (43 habitants au kilomètre carré) et la Côte d'Ivoire (46 habitants au kilomètre carré) ont des densités de population supérieures à celle de Madagascar.

Estimée à 6 462 000 résidents en 1966, la population est passée de 7 603 790 habitants en 1975 à plus de 12 000 000 en 1993. Aussi, depuis l'indépendance, le rythme annuel de croissance du pays s'est accéléré. Avoisinant à peine 1 % pendant la colonisation, il était de 2 % en 1966, 2,7 % en 1975 et il est estimé à 3 % au RGPH de 1993. En raison de son caractère insulaire et de sa position géographique éloignée des grands courants migratoires mondiaux, Madagascar a très peu d'échanges de population avec l'extérieur et les phénomènes migratoires internationaux y sont négligeables.

La fécondité reste encore forte à Madagascar, et elle a peu varié depuis l'Enquête démographique de 1966. En effet, l'Indice Synthétique de Fécondité (ISF) a été estimé à 6,6 enfants par femme en 1966, 6,4 en 1975 (RGPH-75), 6,1 en 1992 (ENDS de 1992) (CNRE et Macro International, 1994), et l'EDS de 1997 a évalué l'ISF à près de 6 enfants par femme. Aux âges jeunes, la fécondité semble encore augmenter ; les deux dernières EDS ont montré que le taux de fécondité à 15-19 ans est passé de 157 enfants pour 1 000 femmes (ENDS-92) à 180 au cours de l'EDS de 1997.

Comme dans l'ensemble des pays en développement, la mortalité des enfants demeure encore élevée à Madagascar. D'après différentes sources (ENDS de 1992, RGPH de 1993 et EDS de 1997), le taux de mortalité infantile est passé de 102 ‰ en 1966, à 93 ‰ en 1992 (ENDS-92 et RGPH-93) pour atteindre 96 ‰ en 1997 (EDS-97) et 58 ‰ en 2003-2004 (EDSMD-III). Quant à la mortalité des enfants de moins de 5 ans, elle demeure relativement élevée malgré une baisse modérée enregistrée en 1997 : cette mortalité est passée de 178 ‰ en 1992 (ENDS-92) à 164 ‰ en 1997 (EDS-97).

Madagascar est caractérisée par la jeunesse de sa population. Le niveau de la fécondité encore élevé et la baisse modérée de la mortalité expliquent la part importante des jeunes dans la population. En effet, les moins de 15 ans représentent près de la moitié de la population totale et les personnes âgées de 65 ans et plus en constituent à peine 3 %. Aussi, au cours de la période 1975-1993, le rapport de dépendance est passé de 76 à 87 personnes à charge pour 100 personnes d'âge actif (15-64 ans). La structure par âge est

équilibrée, 99 hommes pour 100 femmes et parmi les actifs de 15-59 ans, les femmes sont plus nombreuses que les hommes avec un rapport de masculinité de 96 hommes pour 100 femmes.

1.1.4 Politique de population et de santé de la reproduction

Il est généralement admis que la population constitue la première richesse d'une nation. Mais de nos jours, dans les pays en développement, la croissance rapide de la population face à la stagnation, voire la dégradation de leur niveau de vie demeure préoccupante. Madagascar a déjà instauré sa politique nationale de population en 1990, mais elle a souffert de l'instabilité politique marquant les années 1990[2].

Toujours dans le souci d'améliorer le bien-être de la population et dans l'objectif de lutter contre la pauvreté quasi généralisée, le Gouvernement malgache, en coopération étroite avec ses partenaires financiers et techniques, a entamé, dès le début de l'année 2000, la préparation de son Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP) dont la version finale a été restituée au premier semestre 2003 (Gouvernement Malgache, 2003). Les différents programmes de population contenus dans le DSRP et mis en œuvre à Madagascar s'insèrent dans la vision globale définie dans les grandes conférences internationales organisées sous l'égide des Nations Unies (Sommet de l'enfance 1990, Rio 1992, CIPD 1994, Beijing+5 1999, Copenhague 1995, CIPD+5 1999, la Déclaration du Millénaire 2000, etc.) ou de certains programmes régionaux (NEPAD). Une des préoccupations majeures de ces instruments est la promotion des secteurs sociaux de base (éducation, santé y compris la santé de la reproduction, accès à l'eau potable, hygiène et assainissement).

Afin de mesurer l'efficacité de la stratégie de lutte contre cette pauvreté, un système de suivi et d'évaluation impliquant plusieurs acteurs a été instauré sous la coordination de la Cellule Technique chargée de l'élaboration de la stratégie de réduction de la pauvreté.

Dans ce dispositif, l'INSTAT est chargé de la réalisation des enquêtes et sondages sur les indicateurs de bien-être auprès des ménages, de la coordination des informations (en collaboration avec la Direction chargée du suivi- évaluation) et de la mise en place d'un système d'étude d'impacts de la mise en œuvre du DSRP. Mais il faut noter qu'en dépit de la richesse de données disponibles, il n'existe pas réellement à l'heure actuelle un plan ou un programme national de collecte de données à Madagascar dans le cadre du suivi de la mise en œuvre du DSRP. Cependant, une initiative a été prise au niveau de l'agence de l'UNICEF, en collaboration avec les différents ministères sectoriels, en vue de disposer d'une base de données multisectorielles. Il s'agit du MultiDataGasy (MDG) qui est la version malgache du ChildInfo développé par l'UNICEF. La masse de données disponibles dans MDG constituerait un important instrument de suivi du DSRP.

1.2 OBJECTIFS ET MÉTHODOLOGIE DE L'ENQUÊTE

L'Enquête Démographique et de Santé de Madagascar (EDSMD-III) est la troisième du genre réalisée au cours de ces quinze dernières années. Elle a été conduite par la Direction de la Démographie et des Statistiques Sociales (DDSS) de l'Institut National de la Statistique (INSTAT) en collaboration avec le Ministère de la Santé et du Planning Familial. L'EDSMD-III a bénéficié de l'assistance technique d'ORC Macro, institution de coopération américaine en charge du programme international des Enquêtes Démographiques et de Santé (DHS). Le projet EDSMD-III a été exécuté grâce à l'appui financier de la Banque Mondiale par le biais de ses projets : le Projet Multisectoriel pour la Prévention du Sida (PMPS), CRESAN-2, et SEECALINE, du Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), du Fonds des Nations

[2] Loi n°90-030 du 19 décembre 1990 relative à la Politique nationale de population pour le développement économique et social

Unies pour la Population (UNFPA) et de l'Agence des États-Unis pour le Développement International (USAID).

1.2.1 Objectifs de l'enquête

La troisième Enquête Démographique et de Santé de Madagascar (EDSMD-III) a pour objectif d'estimer de nombreux indicateurs socio-économiques, démographiques et sanitaires au niveau de l'ensemble de la population et au niveau des sous-populations des femmes de 15-49 ans, des enfants de moins de 5 ans et des hommes de 15-59 ans. En particulier, l'EDSMD-III vise à identifier et/ou à estimer :

Pour l'ensemble de la population :

- Les niveaux de scolarisation ;
- Les niveaux d'utilisation du sel iodé ;
- Certains indicateurs de bien-être des ménages.

Pour les femmes de 15-49 ans et les enfants de moins de cinq ans :

- Divers indicateurs démographiques, en particulier les taux de fécondité, de mortalité des enfants et de mortalité des adultes ;
- Les facteurs directs et indirects qui déterminent les niveaux et tendances de la fécondité, tels que les comportements matrimoniaux, les comportements sexuels et l'utilisation de la contraception ;
- Les catégories de femmes susceptibles d'avoir plus ou moins d'enfants et susceptibles d'utiliser la contraception ;
- Les taux de connaissance et de pratique contraceptive par méthode, selon diverses caractéristiques socio-démographiques ;
- Les facteurs directs et indirects qui déterminent les niveaux et tendances de la mortalité ;
- Différentes composantes de la santé de la reproduction et de la santé des enfants : visites prénatales et postnatales, conditions d'accouchement, allaitement, vaccinations, prévalence et traitement de la diarrhée et d'autres maladies chez les enfants de moins de cinq ans ;
- L'état nutritionnel des femmes et des enfants de moins de cinq ans au moyen des mesures anthropométriques (poids et taille) ;
- Le niveau de connaissance, les opinions et attitudes des femmes vis-à-vis des Infections Sexuellement Transmissibles (IST) et du VIH/sida ;
- Le taux d'anémie chez les femmes et les enfants de moins de cinq ans ;
- Le taux de prévalence de la syphilis chez les femmes de 15-49 ans ;
- La couverture vaccinale contre le tétanos à partir du test sérologique chez les femmes de 15-49 ans et les enfants de moins de cinq ans ;

- La couverture vaccinale contre la rougeole à partir du test sérologique chez les enfants de moins de cinq ans ;

Pour les hommes de 15-59 ans

- Les facteurs directs et indirects qui déterminent les niveaux et tendances de la fécondité, tels que les comportements matrimoniaux, les comportements sexuels et l'utilisation de la contraception ;

- Les catégories d'hommes susceptibles d'avoir plus ou moins d'enfants et susceptibles d'utiliser la contraception ;

- Le niveau de connaissance, les opinions et attitudes des hommes vis-à-vis des Infections Sexuellement Transmissibles (IST) et du VIH/sida ;

- Les taux d'anémie et de prévalence de la syphilis.

L'ensemble des informations collectées constitue une base de données qui facilitera la mise en place et le suivi de politiques et de programmes dans le domaine de la population et de la santé et, plus globalement, de politiques visant l'amélioration des conditions de vie de la population malagasy. Par ailleurs, les données ayant été collectées selon une méthodologie similaire à celle utilisée dans les opérations précédentes et dans de nombreux autres pays ayant participé au programme DHS, elles font partie, de ce fait, d'une base de données utilisables et comparables avec les périodes antérieures et au niveau international.

1.2.2 Questionnaires

Afin d'atteindre les objectifs fixés, trois types de questionnaires ont été utilisés :

1) ***Questionnaire ménage.*** Il permet de collecter des informations sur le ménage, telles que le nombre de personnes y résidant, par sexe, âge, niveau d'instruction, la survie des parents, etc. En outre, il permet également de collecter des informations sur les caractéristiques du logement (approvisionnement en eau, type de toilettes, etc.), et sur le sel utilisé par les ménages : ces informations sont recueillies afin d'apprécier les conditions environnementales et socio-économiques dans lesquelles vivent les personnes enquêtées. De plus, les femmes âgées de 15-49 ans et les enfants âgés de moins de 5 ans sont pesés et mesurés pour déterminer leur état nutritionnel. En outre, le questionnaire ménage permet d'établir l'éligibilité des personnes à interviewer individuellement. Il permet aussi de déterminer les populations de référence pour le calcul de certains taux démographiques.

2) ***Questionnaire biomarkers du ménage.*** Ce questionnaire est administré dans un tiers des ménages. Il permet de collecter au niveau du ménage, pour chaque membre éligible, le statut de prélèvement du sang pour le test de l'anémie, de la syphilis, du tétanos et de la rougeole. À la différence des autres biomarkers testés, Il permet aussi d'enregistrer les résultats du test de l'anémie. Ainsi, on a prélevé du sang auprès des femmes éligibles de 15-49 ans et des hommes de 15-59 ans pour déterminer les prévalences de l'anémie et de la syphilis. Chez les enfants de moins de cinq ans, on a prélevé leur sang pour la mesure de la prévalence de l'anémie, la prévalence de la protection sérologique contre le tétanos et contre la rougeole. Le sang des femmes éligibles de 15-49 ans a été également prélevé pour mesurer la prévalence de la protection sérologique contre le tétanos.

3) ***Questionnaire femme.*** Il comprend les dix sections suivantes :

- Caractéristiques socio-démographiques des enquêtées ;
- Reproduction ;
- Planification familiale ;
- Grossesse, soins postnatals et allaitement ;
- Vaccination, santé et nutrition ;
- Mariage et activité sexuelle ;
- Préférences en matière de fécondité ;
- Caractéristiques du conjoint et travail de la femme ;
- Sida et autres maladies sexuellement transmissibles ;
- Mortalité maternelle.

4) ***Questionnaire homme.*** Il s'agit également d'un questionnaire individuel comprenant les six sections suivantes :

- Caractéristiques socio-démographiques de l'enquêté ;
- Reproduction ;
- Contraception ;
- Mariage et activité sexuelle ;
- Préférences en matière de fécondité ;
- Sida et Maladies sexuellement transmissibles ;

Ces instruments ont été développés à partir des questionnaires de base du programme *DHS+*, adaptés au contexte de Madagascar en tenant compte des objectifs de l'enquête.

1.2.3 Échantillonnage

La troisième enquête démographique et de santé de Madagascar (EDSMD-III) fait suite à celles réalisées en 1992 et 1997. Elle vise un échantillon national d'environ 9 000 femmes âgées de 15 à 49 ans et de 3 000 hommes âgés de 15 à 59 ans.

L'échantillon de l'EDSMD-III est un échantillon aréolaire, stratifié et tiré à 2 degrés. L'unité primaire de sondage est la grappe ou zone de dénombrement (ZD) telle que définie dans l'échantillon maître de Madagascar 1996. Chacune des 6 provinces du pays a été séparée en parties urbaine et rurale pour former les strates. L'échantillon a été tiré indépendamment dans chaque strate.

Au premier degré, 303 grappes ont été tirées avec une probabilité proportionnelle à la taille. La taille est le nombre de ménages estimé dans la grappe pendant l'opération de cartographie de l'échantillon maître. Un dénombrement des ménages dans chaque grappe sélectionnée a permis d'obtenir une liste de ménages, à partir de laquelle les ménages de l'échantillon ont été tirés au deuxième degré.

Tous les membres des ménages tirés sont identifiés à l'aide d'un questionnaire ménage. Chaque femme âgée de 15 à 49 ans, identifiée, sera également enquêtée avec un questionnaire femme. Dans un sous-échantillon des ménages sélectionnés pour l'enquête auprès des femmes, tous les hommes âgés de 15 à 59 seront aussi interrogés. Par ailleurs, c'est également dans ce sous-échantillon de ménages, qui représente le tiers de l'ensemble, que le prélèvement de sang a été effectué pour le test d'anémie sur les femmes, les hommes et les enfants, et pour le test de la syphilis sur les femmes et les hommes. Dans un autre sous-échantillon d'un tiers de l'échantillon national, du sang a été prélevé auprès des enfants de moins de cinq ans pour le test du tétanos et de la rougeole. Les femmes de ce sous-échantillon ont également été testées pour le tétanos.

Sur les 303 grappes sélectionnées, 300 ont pu être enquêtées au cours de l'EDSMD-III. Le nombre de ménages sélectionnés dans chaque grappe urbaine était de 30 et de 33 dans chaque grappe rurale. Au total 9 295 ménages ont été sélectionnés dont 8 571 ont été identifiés au moment de l'enquête. Sur ces 8 571 ménages, 8 420 ont pu être enquêtés avec succès, soit un taux de réponse de 98 % (tableau 1.2).

Dans ces 8 420 ménages enquêtés, 8 337 femmes âgées de 15-49 ans ont été identifiées comme étant éligibles pour l'enquête individuelle et pour 7 949 d'entre elles, l'enquête a pu être menée à bien. Le taux de réponse s'établit donc à 95 % pour les interviews auprès des femmes. L'enquête homme a été réalisée dans un ménage sur trois : au total 2 685 hommes de 15-59 ans ont été identifiés dans les ménages de l'échantillon. Parmi ces 2 685 hommes devant être interviewés individuellement, 2 432 ont été enquêtés avec succès, soit un taux de réponse de 91 %.

Tableau 1.2 Taille et couverture de l'échantillon

Effectifs des ménages, des femmes et des hommes sélectionnés, identifiés et enquêtés, et taux de réponse selon le milieu de résidence, EDSMD-III Madagascar 2003-2004

	Milieu de résidence				
Enquête	Capitale	Autre villes	Ensemble urbain	Rural	Ensemble
Enquête ménage					
Nombre de ménages sélectionnés	1 620	4 140	5 760	3 535	9 295
Nombre de ménages identifiés	1 548	3 793	5 341	3 230	8 571
Nombre de ménages enquêtés	1 519	3 720	5 239	3 181	8 420
Taux de réponse des ménages	98,1	98,1	98,1	98,5	98
Enquête individuelle femme					
Effectif de femmes éligibles	1 613	3 843	5 456	2 881	8 337
Effectif de femmes enquêtées	1 538	3 638	5 176	2 773	7 949
Taux de réponse des femmes	95,4	94,7	94,9	96,3	95
Ménage pour l'enquête homme					
Nombre de ménages sélectionnés	540	1 381	1 921	1 181	3 102
Nombre de ménages identifiés	511	1 256	1 767	1 084	2 851
Nombre de ménages enquêtés	497	1 226	1 723	1 064	2 787
Taux de réponse des ménages pour l'enquête homme	97,3	97,6	97,5	98,2	98
Enquête individuelle homme					
Effectif d'hommes éligibles	541	1 135	1 676	1 009	2 685
Effectif d'hommes enquêtés	502	996	1 498	934	2 432
Taux de réponse des hommes	92,8	87,8	89,4	92,6	91

Que ce soit au niveau des ménages, des femmes ou des hommes, les taux de réponses sont plus que satisfaisants puisqu'ils sont supérieurs à ceux qui avaient été prévus au moment de la conception du plan de sondage.

L'échantillon est stratifié par province et représentatif au niveau du milieu de résidence (urbain-rural), de la Capitale et de chaque province administrative du pays. Compte tenu de la taille variable de

chaque strate, constituant chacune un domaine d'études, différents taux de sondage ont été appliqués initialement à chaque strate. Finalement les résultats ont été pondérés au niveau de chaque grappe[3].

1.2.4 Personnel et activités de l'EDSMD-III

Pour garantir une bonne réalisation de l'enquête, un comité technique a été mis en place sous la responsabilité d'un Directeur national et d'un Directeur technique. Ils avaient en charge la supervision générale de l'enquête, y compris les travaux informatiques.

Par ailleurs, les cadres de la Direction de la Démographie et des Statistiques Sociales ont assuré la formation du personnel d'enquête avec la participation d'autres personnes ressources du ministère de la Santé et du Planning Familial.

Les activités de collecte se sont déroulées en 3 étapes principales : l'enquête pilote, le dénombrement des zones d'enquête échantillonnées et l'enquête principale. Pour chacune de ces étapes, une formation a été dispensée aux personnes recrutées.

Pour les opérations de cartographie et de dénombrement des zones de l'enquête, 18 agents ont été recrutés pour former 9 équipes. Cette phase a couvert la période allant de juillet à mi-septembre 2003.

L'enquête pilote a été effectuée du 15 au 25 Avril 2003 dans trois grappes, une en milieu urbain et deux en milieu rural. Aucune de ces grappes ne faisaient partie de l'échantillon principal. Environ 60 ménages, 80 femmes et 50 hommes ont été interviewés par trois équipes de deux enquêtrices, un enquêteur et une infirmière chacune pendant six jours. L'objectif de cet exercice était de tester, entre autres, l'acceptabilité des questionnaires ménage, femme et homme. L'enquête pilote a ainsi permis de réviser et de finaliser les questionnaires ainsi que les autres documents méthodologiques de l'enquête.

Pour ce qui est de l'enquête principale, le personnel de terrain, sélectionné par la Direction de la Démographie et des Statistiques Sociales a été formé sur une période de quatre semaines, y compris la formation pour le test de l'anémie, de la syphilis, de tétanos et de la rougeole. La formation consistait d'une part, en des exposés théoriques concernant les techniques d'enregistrement des informations et d'autre part, en des exercices pratiques sur le remplissage des questionnaires. En outre, le Coordonnateur national en santé, désigné par le Ministère de la Santé et du Planning Familial, participait à la formation des infirmières et techniciens de laboratoire pour les tests biomarker.

Onze (11) équipes, composées chacune de deux infirmières (chargées également de la prise de sang pour les tests d'anémie, de syphilis, du tétanos et de rougeole), d'une enquêtrice, d'un technicien de laboratoire, une contrôleuse, un chef d'équipe et un chauffeur, ont été constituées pour la collecte. Le chef d'équipe était chargé de mener l'enquête homme.

Toutes les équipes ont d'abord travaillé dans des grappes réelles aux alentours de la Capitale. Cette stratégie a été adoptée afin de permettre aux équipes de relater les différents problèmes rencontrés (administratif, technique et autres) avant de rejoindre leur zone de travail respective. Etant donné que la collecte des données s'est déroulée en pleine saison de pluie et pendant la période cyclonique, toutes les équipes ont été déployées dans les provinces et surtout dans les zones enclavées. Les grappes de la province d'Antananarivo et celles de la Capitale ont été réalisées en dernier par l'ensemble des équipes. La collecte des données s'est déroulée du 23 novembre 2003 au 28 mars 2004.

---

[3] Dans la suite de ce rapport, les résultats seront présentés par milieu de résidence: La Capitale, autre urbain (selon la définition du Recensement Général de la Population et de l'Habitat), ensemble urbain (La Capitale et les autres milieux urbains) et rural. Ils seront également présentés par province.

1.2.5 Traitement des données

La saisie des données sur micro-ordinateur a débuté un mois après le démarrage de l'enquête sur le terrain, en utilisant les logiciels CSPRO et ISSA. Trois agents de bureau étaient chargés de la réception, de la vérification et du contrôle des questionnaires venus du terrain avant de les transmettre à la saisie. Cette saisie a été réalisée par dix agents, de janvier à juin 2004 sous la supervision de deux programmeurs et de l'informaticienne de la DDSS. Tous les questionnaires ont fait l'objet d'une double saisie pour éliminer du fichier le maximum d'erreurs de saisie. Par ailleurs, un programme de contrôle de qualité permettait de détecter pour chaque équipe et même, dans certains cas, pour chaque enquêtrice/enquêteur, certaines des principales erreurs de collecte. Ces informations étaient immédiatement répercutées aux équipes de terrain lors des missions de supervision, afin d'améliorer la qualité des données.

À la suite de la saisie, les données ont été éditées en vue de vérifier la cohérence interne des réponses. La vérification finale a été réalisée par le service informatique de la DDSS avec l'assistance de l'équipe technique de l'enquête, y compris l'informaticien de ORC Macro.

1.3 OBJECTIFS ET MÉTHODOLOGIE DES TESTS DE LA SYPHILIS, DU TÉTANOS ET DE LA ROUGEOLE DANS L'EDSMD-III

1.3.1 Objectifs

L'EDSMD-III est la première enquête de Madagascar dans le cadre du projet Enquête Démographique et de Santé à effectuer les tests sérologiques de la syphilis, du tétanos et de la rougeole dans la population générale. Les autorités nationales ont manifesté l'intérêt d'inclure les tests de la syphilis, du tétanos et de la rougeole dans le cadre de la troisième Enquête Démographique et de Santé de Madagascar (EDSMD-III). L'objectif des tests est d'estimer le taux de séroprévalence de l'infection de la syphilis au sein de la population adulte des femmes et des hommes ; la prévalence de la protection sérologique contre le tétanos chez les femmes en âges de procréer (15-49 ans) et chez les enfants de moins de cinq ans et enfin la prévalence de la protection sérologique contre la rougeole chez les enfants de moins de cinq ans. Ces estimations sont effectuées au niveau national et au niveau de chacune des 6 provinces de Madagascar. L'assistance technique au projet de dépistage des anticorps à ces trois biomarkers a été assurée par ORC Macro à travers son programme mondial MEASURE *DHS+* financé par l'USAID.

Une enquête pilote avait été menée du 15 au 25 avril 2003, pour tester les équipements de test ainsi que l'acceptabilité des tests par la population. L'enquête pilote a été conduite dans 60 ménages de la capitale et ses villages environnants. Dans ces ménages, 80 femmes et 50 hommes avaient pu être enquêtés et auprès de qui, le sang a été collecté. Le taux d'acceptabilité de 95 % au cours de cette enquête pilote avait montré que le test de syphilis, du tétanos et de rougeole dans la population générale était faisable à Madagascar.

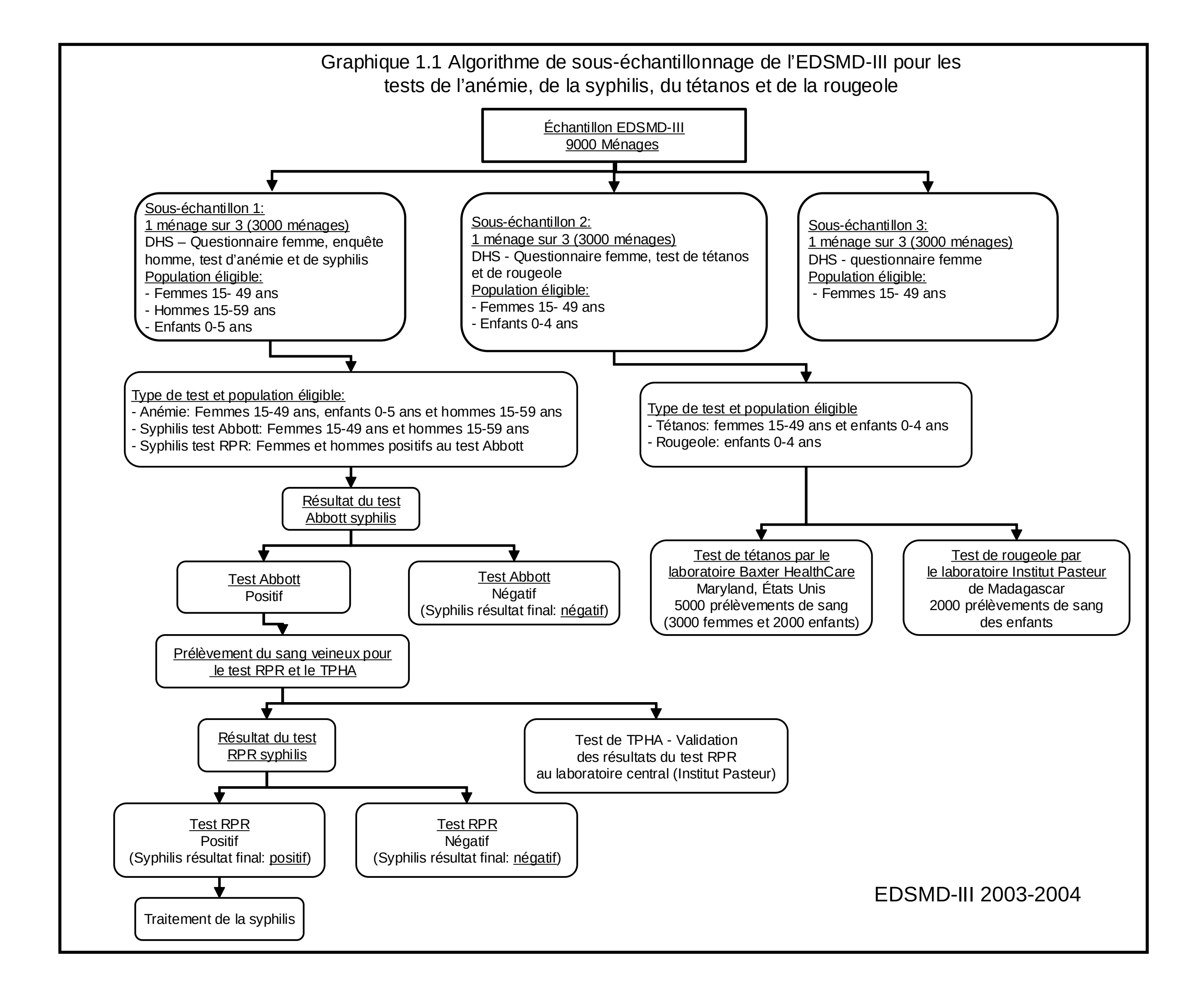
1.3.2 Échantillonnage aux tests sérologiques

Le test de dépistage de la syphilis a été conduit dans un sous-échantillon de l'échantillon national EDSMD-III représentatif de l'ensemble du pays. Dans un autre sous-échantillon de l'échantillon national, on a mené le test de dépistage des anticorps de protection contre le tétanos et de la rougeole. Ces deux sous-échantillons, représentant chacun un tiers de l'échantillon national EDSMD-III, était représentatif au niveau national, du milieu de résidence urbain et rural, de chacune des 6 provinces et de la capitale, pour déterminer les 9 domaines d'études : la capitale, le milieu urbain, le milieu rural, les provinces d'Antananarivo, de Fianarantsoa, de Toamasina, de Mahajanga, de Toliara et de Antsiranana.

Au total, 300 grappes ont été sélectionnées et enquêtées avec succès pour l'EDSMD-III. L'enquête individuelle homme a été réalisée dans un ménage sur trois.

C'est dans les ménages sélectionnés pour l'enquête individuelle homme, qu'on a effectué le prélèvement de sang pour le test d'anémie sur les femmes, les hommes et les enfants, et pour le test de la syphilis sur les femmes et les hommes. Dans un autre sous-échantillon d'un tiers de l'échantillon national, on a prélevé du sang sur les enfants de moins de cinq ans pour le test du tétanos et de rougeole. Les femmes dans ce sous-échantillon ont également été testées pour le tétanos (graphique 1.1).

Graphique 1.1 Algorithme de sous-échantillonnage de l'EDSMD-III pour les tests de l'anémie, de la syphilis, du tétanos et de la rougeole



1.3.3 Personnel et activités de prélèvement de sang dans l'EDSMD-III

Formation pour le prélèvement de sang

La formation des infirmières/médecins et des techniciens de laboratoire, de l'enquête principale a duré deux semaines, du 23 octobre au 6 novembre 2003. Trente-deux infirmières/médecins et 15 techniciens de laboratoire, certifiés, avaient été référés par le Ministère de la Santé et du Planning Familial, pour participer à la formation de l'enquête. La formation a porté sur deux principaux aspects : la formation des infirmières sur les techniques de prélèvements des gouttes de sang sur papier filtre et du sang veineux, des tests de sang et du traitement de la syphilis dans le ménage et, la formation des techniciens de laboratoire sur la centrifugation du sang veineux et les procédures du test Rapid Plasma Reagin (RPR) dont le but était de déterminer les infections récentes survenues au cours des 12 derniers mois en vue de les traiter.

Procédures de prélèvement de sang

Alors que pour le test de l'anémie on a mesuré le niveau d'hémoglobine dans le sang, pour le test de dépistage de syphilis et les tests sérologiques du tétanos et de la rougeole, on a plutôt recherché la présence d'anticorps dans le sang. En outre, contrairement au test d'anémie et de syphilis, dont le résultat était communiqué immédiatement aux participants au test, le résultat du test du tétanos et de la rougeole n'était pas donné sur le terrain. Ces tests étaient anonyme-liés et aucun nom ou toute autre caractéristique individuelle ou géographique n'était lié à l'échantillon de sang. Seulement, un « code à barres », généré aléatoirement, était collé sur l'échantillon de sang afin de pouvoir constituer un fichier anonyme de laboratoire contenant les résultats de test. Le même code à barres utilisé sur l'échantillon de sang de l'individu était également collé dans son questionnaire ménage dont l'objectif est de pouvoir mener plus tard les analyses selon les caractéristiques socio-démographiques, une fois les deux fichiers fusionnés.

Pour le travail de terrain, chaque équipe de l'EDSMD-III comprenait deux infirmières et un technicien de laboratoire. Le rôle des infirmières était de prélever les gouttes de sang pour le test d'anémie, le test de tétanos et celui de la rougeole, ainsi que le test de dépistage de la syphilis. Comme on l'a précisé un peu plus haut, les tests des biomarkers ont été réalisés dans un ménage sur trois et selon la procédure adoptée, deux infirmières étaient chargées de mener l'enquête dans les ménages sélectionnés pour les tests.

Dans les ménages sélectionnés pour le test de l'anémie et de la syphilis, lorsqu'un enquêté acceptait de participer aux tests, le prélèvement de sang était réalisé de la manière suivante :

- une étiquette avec un code à barres était collée sur le questionnaire pour chaque enquêté ayant accepté de participer au test de syphilis ;
- une autre étiquette avec le même code à barres était collée sur la bandelette de test Abbott sur laquelle le sang de l'enquêté devait être prélevé pour le test ;
- du sang capillaire était prélevé au moyen d'une piqûre faite au bout du doigt à l'aide d'une petite aiguille rétractable (Tenderlette) ;
- la première goutte de sang était essuyée à l'aide d'un tampon stérile ;
- la deuxième goutte de sang était déposées sur la bandelette de test Abbott (la troisième goutte étant réservée au test d'anémie quand l'enquêté avait accepté ce deuxième test) ;

Dans les ménages sélectionnés pour le test de la rougeole et du tétanos, lorsque la femme acceptait de participer aux tests pour elle-même et pour les enfants de moins de cinq ans, le prélèvement de sang était réalisé de la manière suivante :

- une étiquette avec un code à barres était collée sur le questionnaire pour chaque femme de 15-49 ans et chaque enfant de moins de cinq ans du ménage, pour lesquels le prélèvement de sang avait été accepté pour les tests du tétanos et de la rougeole ;

- une autre étiquette avec le même code à barres était collée sur un papier filtre préparé pour prélever les gouttes de sang de l'enquêtée ou de l'enfant de moins de cinq ans ;

- du sang capillaire était prélevé au moyen d'une piqûre faite au bout du doigt à l'aide d'une petite aiguille rétractable (Tenderlette), la première goutte de sang étant essuyée à l'aide d'un tampon stérile ;

- on laissait tomber les gouttes suivantes, suffisamment grosses, dans chaque cercle du papier filtre de manière à remplir deux à trois cercles du papier filtre ;

- un papier filtre était ainsi préparé pour le test de tétanos pour chaque femme avec son code à barres collé dessus. Deux papiers filtres, un pour le tétanos et l'autre pour la rougeole, étaient également préparés pour chaque enfant avec son code à barres sur chacun des deux papiers filtres ;

- les prélèvements de sang sur les papiers filtres, étaient ensuite séchés, puis collectés dans deux boîtes de transport, l'une pour le tétanos et l'autre pour la rougeole ;

- la boîte de transport contenant les prélèvements séchés sur papiers filtres pour le test de rougeole, était acheminée au laboratoire central de l'Institut Pasteur à Madagascar et, l'autre contenant les prélèvements pour le test de tétanos, était envoyée au laboratoire Baxter Health-Care, aux Etats-Unis.

Test de la syphilis

Procédure des tests pour la syphilis

- Les gouttes de sang sur bandelette Abbott étaient observées pendant 15 minutes au maximum, pour faire la lecture du test de syphilis ;

- La caractéristique du test Abbott est de déterminer les anticorps aux tréponèmes spécifiques de la syphilis. Autrement dit, que l'infection soit récente ou ancienne, le test Abbott permet d'établir la prévalence de toutes les infections anciennes ou actuelles de la syphilis ;

- Lorsque l'enquêté est positif au test Abbott, l'infirmière lui demandait le consentement, ensuite prélevait 5 cc de sang des veines dans un tube EDTA placé sur un portatif de tubes, qu'elle apportait immédiatement au bout de 8 heures au maximum, au technicien de laboratoire pour effectuer le test Rapid Plasma Reagin (RPR) ;

- L'objectif du test RPR était de déterminer la prévalence des infections récentes ou actuelles, qui se sont produites au cours des 12 derniers mois. La caractéristique du test RPR est de détecter si le prélèvement contient des anticorps contre les substances lipidiques produites par les cellules infectées ; par conséquent, le RPR est un réactif sensible aux anticorps tréponèmes et non

tréponèmes. Les substances lipidiques produites par les cellules infectées par la syphilis apparaissent dans le sang dès les deux premières semaines suivant l'infection et disparaissent graduellement au bout de 12 mois. Par conséquent, si le prélèvement est positif au RPR, l'infection est certainement une infection récente ;

- À la réception des tubes EDTA contenant les prélèvements de sang, le technicien de laboratoire procédait à la centrifugation à l'aide d'une centrifugeuse électrique fonctionnant sur batterie, extrayait le plasma et effectuait le test RPR.

Contrôle de qualité du test de syphilis

Après avoir effectué les tests Rapid Plasma Reagin (RPR) sur le terrain, le technicien de laboratoire de l'équipe récupère le reste de tous les plasmas positifs et négatifs dans un micro-tube placé dans un conteneur réfrigérant « dry-shipper », pour être acheminée au laboratoire central Institut Pasteur à Antananarivo pour effectuer des tests de confirmation. Ces plasmas ont ainsi servi à effectuer un autre test de confirmation de tous les positifs et négatifs RPR à l'Institut Pasteur à l'aide du test spécifique Treponema Pallidum Hemagglutination Assay (TPHA).

Tableau 1.3 Concordance entre les tests TPHA et le RPR

Test TPHA	Test RPR Positive	Test RPR Négative	Ensemble
Positive	137	52	193
Négative	35	21	59
Ensemble	172	73	252

Le tableau 1.3 suivant présente les résultats de concordance entre le TPHA obtenu au laboratoire central Institut Pasteur et le RPR obtenu sur le terrain. Sur les 172 cas positifs Rapid Plasma Reagin (RPR) envoyés au laboratoire Institut Pasteur, 80 % ont été confirmés positifs, donc 20 % s'étaient révélés des faux positifs (positif RPR et négatifs au TPHA). Par contre, sur les 73 cas RPR négatifs qui ont été envoyés au laboratoire, 29 % seulement ont été confirmés négatifs. En d'autres termes, 71 % de négatifs RPR se sont révélés des faux négatifs au TPHA en laboratoire. Globalement, si l'on décidait de supprimer les faux positifs (35 cas) puis d'ajouter les faux négatifs (52 cas), on arriverait à un taux de déperdition final[4] de cas de RPR positifs d'un peu moins de 10 % (9,88 %) ; ce qui est d'un bon niveau de qualité en matière de test sérologique, en particulier sur le terrain. Compte tenu de ce faible taux de déperdition de moins de 10 % de cas positif RPR et de la marge d'erreurs qui pourraient affecter les tests TPHA, aucune correction n'a été jugée nécessaire quant aux résultats RPR obtenus initialement.

Test de la rougeole

Procédure des tests pour la rougeole

Les gouttes de sang prélevées sur papiers filtres pour le test de la rougeole sur les enfants, ont été acheminées au laboratoire central de l'Institut Pasteur à Madagascar. L'Institut Pasteur a utilisé le kit de test ELISA lgG Rougeole de Calbiotech (Spring Valley, California), fourni par ORC Macro pour le dépistage de l'anticorps de la rougeole dans les prélèvements de gouttes de sang séché. La sensitivité et la spécificité de ce test de rougeole dépassent 97 %.

Contrôle de qualité du test de la rougeole

Avant le démarrage des activités d'enquête sur le terrain, le laboratoire central a mené des tests de validation de recherche d'anticorps de rougeole à partir de prélèvements de sang séché sur papier filtre en

[4] Le taux de déperdition final est ainsi calculé : (52-35)/172 = 0,09884

utilisant deux méthodes différentes : la méthode des sérums et celle du sang entier obtenue à partir du sang préalablement séché sur papier filtre. Des recrutements de participants ont été effectués sur les sites de l'Institut Pasteur, dont les analyses de sang à partir des deux méthodes ont fourni des concordances de plus de 99 %. L'Assurance de Qualité Externe et Interne a été basée sur les procédures internes du laboratoire en matière de protocole de tests biologiques.

Test de tétanos

Procédure des tests pour le tétanos

Étant donné que le test de tétanos est assez complexe et ne peut être mené que par un très petit nombre de laboratoires, les gouttes de sang prélevées sur papiers filtres pour le test de tétanos sur les femmes et les enfants à Madagascar, ont été acheminées au laboratoire Baxter Health-Care, aux Etats-Unis, qui avait déjà effectué les analyses de sang pour le test du tétanos chez les femmes et les enfants en Namibie et au Togo en l'an 2000. Le laboratoire Baxter Health-Care a utilisé la méthode de la double Antigènes ELISA pour le dépistage des anticorps à la toxine de tétanos. La sensitivité et la spécificité du kit de test utilisé par le laboratoire pour le dépistage des anticorps à la toxine de tétanos dépassent 96 %.

Contrôle de qualité du test de tétanos

Étant donné que le laboratoire Baxter Health-Care avait déjà effectué en 2000 les analyses de sang séché sur papier filtre pour le dépistage des anticorps de tétanos en Namibie et au Togo, le laboratoire n'a pas procédé à des tests de validation. Cependant, les Assurances Qualité Externe et Interne ont été basées sur les procédures internes du laboratoire en matière de protocole de tests biologiques.

Consentement volontaire

Avant que le sang ne soit prélevé, l'infirmière lisait le texte de consentement[5] volontaire pour le test de l'anémie, puis elle demandait à l'enquêté s'il acceptait volontairement de participer à ce test. Ensuite, et quel que soit le consentement donné pour le test de l'anémie par l'enquêté, l'infirmière lui lisait un deuxième consentement volontaire pour l'inviter à participer au test de dépistage de la syphilis. Dans les ménages où était mené le test du tétanos et celui de la rougeole, l'infirmière lisait le consentement volontaire à la femme pour participer au test du tétanos pour elle-même et, aux tests du tétanos et de rougeole pour chaque enfant de moins de cinq ans, s'il y en avait. Après avoir rempli ces déclarations de consentement volontaire, l'infirmière signait pour préciser que les sujets interviewés avaient accepté de participer aux tests.

Traitement de la syphilis

À la différence du tétanos et de la rougeole, les résultats du test de la syphilis étaient communiqués immédiatement aux participants au test. Pour ceux dont le résultat au test de la syphilis avait été positif, l'infirmière leur proposait immédiatement un traitement sur place dans le ménage.

---

[5] Les textes des consentements volontaires ont tété préparés par ORC Macro sur la base du texte standard élaboré par ORC Macro et CDC, puis, en même temps que le protocole des tests, ils ont été soumis au Comité d'Éthique National du Ministère de la Santé et du Planning Familial de Madagascar pour être approuvés.

CARACTÉRISTIQUES DES MÉNAGES 2

Victor MAFILAZA et Zazaravaka RANDRIAMIALISOA

Ce chapitre porte principalement sur l'analyse des conditions de vie des enfants et sur quelques caractéristiques socio-économiques de la population et des ménages (structure par âge et sexe, niveau d'instruction, fréquentation scolaire, composition des ménages). Il aborde également la consommation de sel iodé, les caractéristiques des logements (la disponibilité de l'électricité, le type d'approvisionnement en eau, le type de toilettes, les matériaux de revêtement du sol) et la possession par les ménages de certains biens de consommation allant de la radio à la voiture.

2.1 ENQUÊTE MÉNAGE

L'enquête ménage a permis de recueillir des données concernant la structure par âge et sexe de la population ainsi que la taille des ménages et certaines caractéristiques de leurs membres.

2.1.1 Structure par âge et sexe de la population

Le tableau 2.1 présente la répartition par âge et par sexe de la population totale selon le milieu de résidence. On peut lire dans ce tableau que parmi les 37 587 personnes touchées par l'EDSMD-III, 18 733 sont des hommes et 18 845 des femmes, soit un rapport de masculinité égal à 99,4 hommes pour 100 femmes. De plus, on constate que plus des trois quart des personnes dénombrées (78 %) vivaient dans le milieu rural au moment de l'enquête et le reste en milieu urbain (y compris dans la Capitale). On constate

Tableau 2.1 Population des ménages par âge et sexe

Répartition (en %) de la population (de fait) des ménages par groupe d'âges quinquennal, selon le milieu de résidence et le sexe, EDSMD-III Madagascar 2003-2004

Groupe d'âges	Milieu de résidence												Ensemble		
	Capitale			Autres villes			Ensemble urbain			Rural					
	Homme	Femme	Ensemble	Homme	Femme	Ensemble	Homme	Femme	Ensemble	Homme	Femme	Ensemble	Homme	Femme	Ensemble
<5	10,7	11,1	10,9	14,6	15,0	14,8	13,7	14,2	13,9	17,3	17,5	17,4	16,5	16,7	16,6
5-9	13,7	12,3	13,0	15,3	13,7	14,5	15,0	13,4	14,2	17,5	15,9	16,7	16,9	15,4	16,1
10-14	12,0	13,4	12,7	14,7	14,0	14,4	14,1	13,9	14,0	15,0	14,3	14,7	14,8	14,2	14,5
15-19	10,0	8,8	9,4	11,0	9,7	10,3	10,8	9,5	10,1	9,3	8,2	8,7	9,6	8,5	9,0
20-24	9,9	9,0	9,4	8,4	8,4	8,4	8,8	8,5	8,6	7,4	7,3	7,4	7,7	7,6	7,6
25-29	7,9	8,6	8,3	6,5	7,5	7,0	6,8	7,7	7,3	6,6	7,0	6,8	6,6	7,2	6,9
30-34	7,9	7,9	7,9	6,2	6,6	6,4	6,6	6,9	6,7	5,2	6,0	5,6	5,5	6,2	5,8
35-39	7,3	6,6	7,0	4,6	4,9	4,7	5,2	5,2	5,2	4,8	5,0	4,9	4,9	5,1	5,0
40-44	5,6	5,2	5,4	4,3	5,0	4,7	4,6	5,1	4,8	4,4	5,0	4,7	4,5	5,0	4,7
45-49	4,5	4,2	4,3	4,4	4,3	4,4	4,4	4,3	4,4	3,6	3,2	3,4	3,8	3,5	3,6
50-54	3,8	5,6	4,7	3,3	3,9	3,6	3,4	4,2	3,8	2,7	3,8	3,3	2,9	3,9	3,4
55-59	2,2	2,2	2,2	1,7	1,8	1,7	1,8	1,9	1,8	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7
60-64	2,0	1,6	1,8	1,7	1,9	1,8	1,7	1,8	1,8	1,6	1,9	1,8	1,6	1,9	1,8
65-69	1,1	1,3	1,2	1,1	1,2	1,1	1,1	1,2	1,2	1,3	1,1	1,2	1,2	1,1	1,2
70-74	0,6	1,3	1,0	1,0	1,2	1,1	0,9	1,2	1,1	1,0	0,8	0,9	0,9	0,9	0,9
75-79	0,5	0,6	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,3	0,4	0,4	0,4	0,5	0,4
80 ou +	0,3	0,5	0,4	0,5	0,5	0,5	0,4	0,5	0,5	0,5	0,7	0,6	0,5	0,7	0,6
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif	895	940	1 834	3 144	3 316	6 460	4 039	4 255	8 294	14 694	14 590	29 293	18 733	18 845	37 587

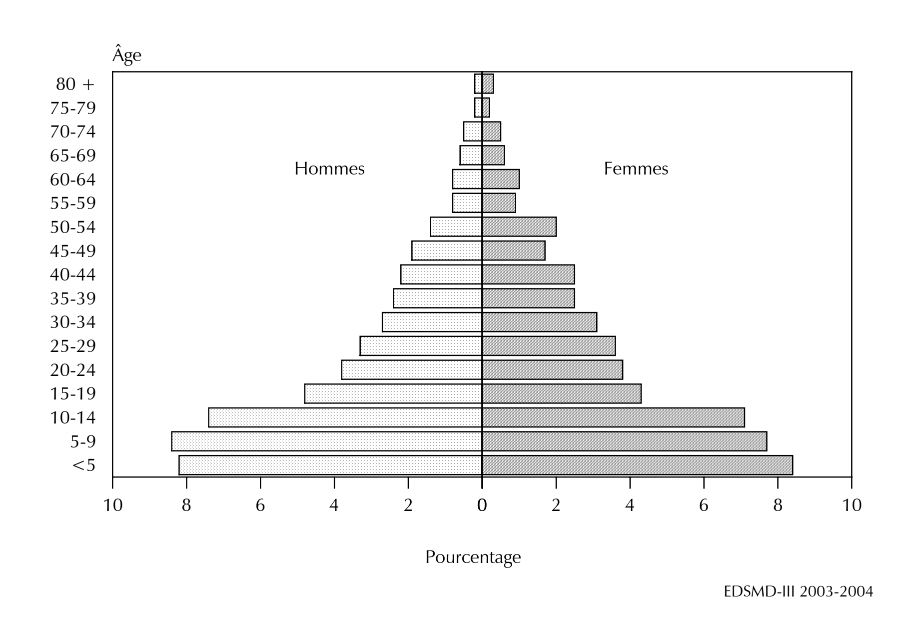
Note : Le sexe est inconnu dans 9 cas en milieu rural et au niveau de l'ensemble.

aussi que les femmes sont plus nombreuses que les hommes à vivre en milieu urbain, (rapport de masculinité de 95 hommes pour 100 femmes), alors qu'à l'opposé, en milieu rural, ce sont les hommes qui sont plus nombreux que les femmes (rapport de masculinité de 99 femmes pour 100 hommes).

Concernant la structure de la population selon les grands groupes d'âges, il ressort du tableau 2.1 que la population totale se divise pratiquement en deux parties de poids égal : les personnes actives de 15-64 ans (50 %) et les dépendants (50 %). Dans la population à charge, les personnes âgées de 65 ans et plus constituent 3 % et les enfants de moins de 15 ans, 47 %, la proportion de ces derniers étant plus élevée en milieu rural que dans les villes (49 % contre 42 %).

La pyramide des âges (graphique 2.1) présente une allure régulière caractéristique des pays à forte fécondité et à mortalité élevée ; une base élargie qui se rétrécit rapidement au fur et à mesure que l'on évolue vers les âges élevés. On note cependant une légère surreprésentation des femmes de 50-54 ans et une légère sous-représentation de celles de 45-49 ans ; cette irrégularité est probablement due à un vieillissement artificiel des femmes par les enquêtrices dans le but de les exclure des tranches d'âges d'éligibilité (15-49 ans).

Graphique 2.1 Pyramide des âges de la population



Le tableau 2.2 présente la répartition de la population par grands groupes d'âges selon les quatre dernières enquêtes nationales (ENDS-92, RGPH (1993), EDS-97, et EDSMD-III de 2003-2004). Il ressort de ce tableau que cette répartition a peu varié depuis 1992 : près d'une personne sur deux a moins de 15 ans ; les proportions variant d'un minimum de 45 % au RGPH de 1993 à 47 % à l'EDSMD-III de 2003-04 ; les personnes âgées de 15 à 64 ans (âges économiquement actifs) varient entre 50 % et 52 % et la proportion des personnes âgées de 65 ans et plus reste assez faible (autour de 3 %).

Tableau 2.2 Population (de fait) par âge selon différentes sources

Répartition (en %) de la population par âge d'après le RGPH (1993), l'ENDS de 1992, l'EDS de 1997 et l'EDSMD-III de 2003-2004

Groupes d'âges	ENDS 1992	RGPH 1993	EDS 1997	EDSMD-III 2003-2004
<15 ans	47,0	44,7	46,0	47,3
15-64	49,5	52,4	50,8	49,6
65 ou plus	3,1	2,9	3,1	3,1
ND/NSP	0,4	0,0	0,1	0,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
Âge médian	-	-	-	16,5

2.2 TAILLE ET COMPOSITION DES MÉNAGES

Le tableau 2.3 présente la répartition des ménages selon le chef de ménage, la taille du ménage et le milieu de résidence.

Chef de ménage

On constate au tableau 2.3 que, dans l'ensemble, 78 % des ménages malgaches ont à leur tête, un homme et cette proportion est plus élevée en milieu rural qu'en milieu urbain (79 % contre 74 %). Toutefois, près d'un ménage sur quatre (22 %) est dirigé par une femme, ce qui n'est pas négligeable. Selon le milieu de résidence, on constate que les ménages dirigés par une femme sont plus fréquents en milieu urbain (26 %) qu'en milieu rural (21 %). Par rapport aux données de l'EDS-97, on ne note pas de changement, tant en milieu urbain que rural.

Tableau 2.3 Composition des ménages

Répartition (en %) des ménages par sexe du chef du ménage et taille du ménage, selon le milieu de résidence, EDSMD-III Madagascar 2003-2004

	Milieu de résidence				
Caractéristique	Capitale	Autres villes	Ensemble urbain	Rural	Ensemble
Chef de ménage					
Homme	78,6	73,2	74,4	79,4	78,3
Femme	21,4	26,8	25,6	20,6	21,7
Nombre de membres habituels					
0	1,3	2,3	2,1	0,9	1,1
1	7,0	7,5	7,3	7,3	7,3
2	10,9	12,8	12,3	11,6	11,8
3	15,3	16,6	16,3	15,5	15,7
4	25,8	17,8	19,7	17,5	18,0
5	18,9	14,7	15,7	14,8	15,0
6	10,5	10,3	10,3	10,9	10,8
7	4,8	6,9	6,4	8,4	8,0
8	2,4	4,6	4,1	5,8	5,4
9 ou plus	3,2	6,5	5,7	7,5	7,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Taille moyenne	4,2	4,4	4,4	4,7	4,6

Taille des ménages

En ce qui concerne la taille du ménage, on constate qu'un ménage malgache compte, en moyenne, 4,6 personnes et cette taille moyenne varie légèrement de 4,7 en rural à 4,4 en urbain. Un ménage sur deux compte, en moyenne, entre 4 et 7 personnes. La proportion des ménages d'une personne est très faible et elle est quasiment identique quel que soit le milieu de résidence (7 %). Très peu de ménages comptent 9 personnes ou plus (7 %), cette proportion est légèrement supérieure en rural (8 %) qu'en urbain (6 %) ; c'est néanmoins dans la capitale que ces ménages de grande taille sont proportionnellement les moins nombreux (3 %).

Enfants orphelins

Le tableau 2.4 et le graphique 2.2 présentent les résultats concernant les enfants orphelins et la résidence de ces enfants avec les parents. On constate que 66 % des enfants vivent encore avec leurs deux parents biologiques. Dans 16 % des cas, les enfants de moins de 15 ans vivent seulement avec leur mère biologique et dans 5 % des cas, ils vivent seulement avec leur père. Cependant la proportion d'enfants vivant avec leur mère alors que le père est en vie est supérieure à celle des enfants qui vivent avec leur père alors que la mère est en vie (12 % contre 3 %). Globalement, 12 % des enfants ne vivent avec aucun des deux parents biologiques, que ceux-ci soient encore en vie ou décédés.

Tableau 2.4 Enfants orphelins et résidence des enfants avec les parents

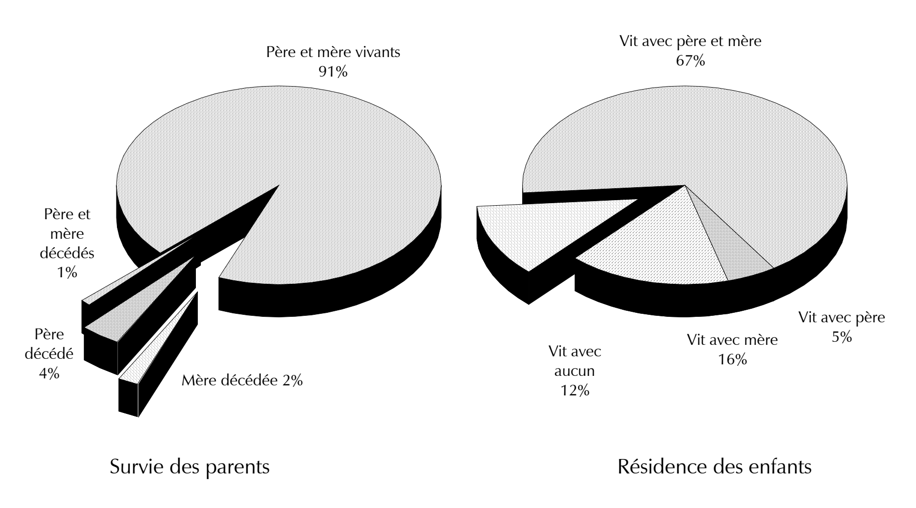
Répartition (en %) de la population des enfants (de droit) de moins de 15 ans par état de survie des parents, et résidence avec les parents, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDSMD-III Madagascar 2003-2004

		Vivant avec la mère mais pas le père		Vivant avec le père mais pas la mère		Ne vivant avec aucun des parents						
Caractéristiques	Vivant avec les deux parents	Père vivant	Père décédé	Mère vivante	Mère décédée	Les deux sont vivants	Seul le père est vivant	Seule la mère est vivante	Les deux sont décédés	Information sur le père/ mère non déclarée	Total	Effectif
Âge												
<2	77,4	17,6	1,2	0,4	0,1	1,7	0,2	0,1	0,0	1,2	100,0	2 673
2-4	72,3	13,4	1,8	1,7	0,6	7,8	0,4	0,3	0,2	1,6	100,0	3 744
5-9	65,2	11,6	3,2	3,8	1,5	10,6	0,9	1,1	0,4	1,6	100,0	6 225
10-14	58,5	10,2	5,3	4,2	2,7	12,0	1,5	2,1	1,3	2,2	100,0	5 569
Sexe												
Homme	65,9	12,2	3,5	3,4	1,8	8,8	0,9	1,4	0,5	1,6	100,0	9 241
Femme	67,0	12,7	3,0	2,6	1,2	9,4	0,8	0,8	0,6	1,8	100,0	8 961
Milieu de résidence												
Capitale	78,8	7,4	2,9	1,2	0,7	6,0	0,7	0,8	0,0	1,5	100,0	668
Autres villes	60,7	15,9	2,4	2,8	1,0	12,8	0,9	1,4	0,3	1,6	100,0	2 811
Ensemble urbain	64,2	14,3	2,5	2,5	0,9	11,5	0,9	1,3	0,3	1,6	100,0	3 479
Rural	66,9	12,0	3,5	3,1	1,6	8,6	0,9	1,1	0,6	1,7	100,0	14 732
Province												
Antananarivo	77,2	8,2	3,9	1,3	0,9	5,0	1,1	0,5	0,3	1,6	100,0	4 860
Fianarantsoa	64,0	15,3	4,3	3,4	2,3	7,3	0,6	1,0	0,8	1,1	100,0	3 795
Toamasina	65,7	13,7	2,6	3,4	1,8	8,5	1,0	1,6	0,6	1,0	100,0	2 816
Mahajanga	67,2	10,1	3,6	2,8	1,3	10,0	0,5	1,5	1,0	2,0	100,0	2 792
Toliara	53,9	16,8	2,1	4,6	1,2	15,2	1,2	1,0	0,5	3,5	100,0	2 591
Antsiranana	58,2	13,2	1,3	4,2	2,0	16,9	0,7	1,9	0,2	1,3	100,0	1 358
Quintile de bien-être												
Le plus pauvre	69,2	14,4	3,8	2,6	1,3	5,5	0,7	0,8	0,5	1,0	100,0	4 152
Second	60,7	12,3	2,9	4,7	2,6	11,2	0,8	1,1	0,9	2,9	100,0	3 807
Moyen	67,1	11,9	3,7	2,9	1,1	8,6	0,5	1,4	0,5	2,4	100,0	3 951
Quatrième	65,1	11,4	3,6	2,8	1,4	10,6	1,4	1,5	0,7	1,4	100,0	3 474
Le plus riche	70,6	11,9	2,0	1,7	0,7	10,5	1,0	0,7	0,1	0,6	100,0	2 827
Ensemble	66,4	12,4	3,3	3,0	1,5	9,1	0,9	1,1	0,6	1,7	100,0	18 211

Note : Le sexe est inconnu pour 9 cas.

La proportion d'enfants vivant avec leurs deux parents diminue avec l'âge passant de 77 % à moins de 2 ans à 59 % à 10-14 ans. On ne note aucune différence selon le sexe de l'enfant. Par contre, la proportion d'enfants de moins de 15 ans vivant avec leurs deux parents biologiques est légèrement plus élevée en milieu rural (67 %) qu'en milieu urbain (64 %).

Graphique 2.2 **Survie des parents des enfants de moins de 15 ans et résidence des enfants avec leurs parents**



2.3 NIVEAU D'INSTRUCTION ET FRÉQUENTATION SCOLAIRE

Dans le cadre de l'enquête ménage, des données ont été collectées sur le niveau d'instruction atteint et la dernière classe achevée à ce niveau par chaque membre du ménage ; trois niveaux d'instruction ont été considérés : le primaire, le secondaire et le secondaire/supérieur. En outre, on a demandé pour chaque niveau si l'enquêté avait achevé un cycle complet ou non. Ainsi, les résultats sont présentés selon les modalités suivantes :

- Sans instruction ;
- Primaire incomplet si l'enquêté n'a pas achevé le cycle complet du primaire ;
- Primaire complet ;
- Secondaire incomplet si l'enquêté a complété le cycle primaire mais n'a pas achevé le cycle complet du secondaire ;
- Secondaire complet ; et
- Supérieur.

Le niveau d'instruction des membres d'un ménage joue un rôle important dans l'amélioration des conditions de vie du ménage et de la société en général. En effet, le niveau d'instruction des membres du ménage favorise l'esprit d'initiative, de perception, de compréhension et par conséquent la réceptivité aux idées novatrices pouvant changer les mauvaises habitudes au niveau même de la communauté.

Globalement, on constate aux tableaux 2.5.1 et 2.5.2 qu'un homme sur cinq (20 %) et environ le quart des femmes (24 %) n'ont aucun niveau d'instruction. À titre de comparaison, ces proportions étaient

en 1997, de 25 % pour les hommes et de 29 % pour les femmes. On observe un écart important selon le milieu de résidence, la proportion de personnes sans instruction étant plus élevée en milieu rural (23 % pour les hommes et 28 % our les femmes) qu'en milieu urbain (respectivement, 9 % et 11 %). C'est dans la Capitale que ces proportions sont les plus faibles, cela quel que soit le sexe : 2 % pour les hommes et 3 % pour les femmes. Au niveau des provinces, on note également des disparités, les proportions de femmes sans instruction varient d'un minimum de 11 % dans la province d'Antananarivo à un maximum de 43 % dans celle de Toliara ; pour les hommes, ces proportions varient d'un minimum de 7 % dans la province d'Antananarivo à un maximum de 43 % dans celle de Toliara. La province de Toliara se caractérise donc par les proportions les plus élevées d'hommes et de femmes sans instruction (43 %).

En outre, on constate que 48 % des hommes et 46 % des femmes n'ont pas achevé le cycle primaire. En milieu rural, ces proportions concernent plus de la moitié des hommes (51 %) et près de la moitié des femmes (48 %). Par comparaison, en milieu urbain, ces proportions sont de 37 % quel que soit le sexe. Seulement une personne sur dix a terminé le primaire complet, quel que soit le sexe et quel que soit le milieu de résidence.

Tableau 2.5.1 Niveau d'instruction de la population des hommes

Répartition (en %) de la population (de fait) masculine des ménages, âgée de six ans et plus, par niveau d'instruction atteint, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDSMD-III Madagascar 2003-2004

Caractéristique	Niveau d'instruction							Total	Effectif	Nombre médian d'années
	Aucun	Primaire incomplet	Primaire complet	Secondaire incomplet	Secondaire complet	Supérieur	NSP/ND			
Groupe d'âges										
6-9	25,6	73,4	0,2	0,0	0,0	0,0	0,8	100,0	2 619	a
10-14	14,8	71,8	6,0	7,1	0,0	0,0	0,3	100,0	2 770	1,7
15-19	19,3	41,4	11,0	26,3	1,0	0,3	0,6	100,0	1 797	3,2
20-24	21,4	33,7	14,4	23,9	3,6	2,3	0,8	100,0	1 446	3,4
25-29	15,9	34,0	15,8	22,7	7,6	3,3	0,7	100,0	1 241	4,0
30-34	13,2	32,8	13,9	25,3	10,2	3,7	0,9	100,0	1 030	4,3
35-39	17,2	25,2	13,4	27,3	10,9	5,0	1,1	100,0	912	4,5
40-44	18,9	33,3	14,4	20,1	8,5	4,5	0,3	100,0	838	3,8
45-49	16,1	34,4	16,5	20,8	5,1	6,4	0,7	100,0	703	4,0
50-54	21,2	30,4	13,5	21,8	6,5	5,7	1,0	100,0	540	3,7
55-59	29,8	23,8	19,3	19,1	4,6	2,6	0,8	100,0	317	3,6
60-64	30,3	35,3	19,0	9,6	2,6	2,8	0,3	100,0	307	2,5
65 ou plus	39,1	34,0	13,3	9,2	1,1	1,9	1,4	100,0	565	1,5
Milieu de résidence										
Capitale	2,1	25,6	11,9	35,2	12,2	11,9	1,1	100,0	779	6,9
Autres villes	10,9	40,3	10,3	27,9	5,7	4,1	0,8	100,0	2 600	3,8
Ensemble urbain	8,8	36,9	10,6	29,6	7,2	5,9	0,9	100,0	3 379	4,3
Rural	23,3	50,8	10,1	11,8	2,5	0,9	0,6	100,0	11 708	1,6
Province										
Antananarivo	7,3	43,2	13,6	23,8	7,5	4,0	0,5	100,0	4 730	3,9
Fianarantsoa	16,7	54,9	10,7	13,9	1,6	1,3	1,0	100,0	2 816	2,0
Toamasina	20,0	53,4	9,8	13,4	2,1	1,0	0,3	100,0	2 317	1,6
Mahajanga	31,1	46,8	6,9	11,7	1,5	1,3	0,7	100,0	2 101	1,0
Toliara	43,2	37,9	5,8	8,7	2,0	1,1	1,4	100,0	1 976	a
Antsiranana	20,5	55,0	9,7	11,8	1,9	0,8	0,3	100,0	1 147	1,9
Quintile de bien-être										
Le plus pauvre	35,7	52,4	6,3	4,4	0,3	0,0	0,9	100,0	2 713	0,3
Second	36,0	49,1	7,1	6,4	0,5	0,1	0,8	100,0	2 861	0,4
Moyen	19,6	60,0	10,9	8,6	0,6	0,0	0,4	100,0	3 094	1,6
Quatrième	11,0	51,2	15,3	18,6	2,3	0,9	0,7	100,0	3 139	3,0
Le plus riche	2,2	27,6	10,8	37,4	13,0	8,3	0,7	100,0	3 279	6,8
Ensemble	20,0	47,7	10,2	15,8	3,6	2,0	0,7	100,0	15 087	2,1

Note : L'âge est inconnu pour 3 cas.
[a] Non calculés parce que moin de 50 % des hommes ont déjà fréquenté l'école

En ce qui concerne le niveau secondaire, on note que les proportions d'hommes et de femmes qui n'ont pas achevé ce cycle sont pratiquement quasiment identiques (respectivement, 16 % et 15 %). Par contre, selon le milieu de résidence, on note des différences : cette proportion est de 11 % en milieu rural contre 30 % en milieu urbain, cela quel que soit le sexe. Par contre, en urbain, 6 % des femmes et 7 % des hommes ont achevé le cycle secondaire contre seulement 2 % des femmes et 3 % des hommes en rural.

Cependant on constate une amélioration de la scolarisation des générations anciennes aux plus récentes : en effet, chez les femmes, la proportion de celles sans instruction est passée de 63 % parmi celles de 65 ans ou plus à 15 % parmi celles de 10-14 ans. Chez les hommes, ces proportions sont passées de 39 % à 15 % pour les mêmes groupes d'âges.

Tableau 2.5.2 Niveau d'instruction de la population des femmes

Répartition (en %) de la population (de fait) féminine des ménages, âgée de six ans et plus, par niveau d'instruction atteint, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDSMD-III Madagascar 2003-2004

Caractéristique	Niveau d'instruction: Aucun	Primaire incomplet	Primaire complet	Secondaire incomplet	Secondaire complet	Supérieur	NSP/ND	Total	Effectif	Nombre médian d'années
Groupe d'âges										
6-9	22,3	76,6	0,2	0,0	0,0	0,0	0,9	100,0	2 446	0,0
10-14	14,5	68,7	7,0	9,5	0,0	0,0	0,3	100,0	2 677	1,8
15-19	20,5	35,6	13,8	27,2	2,3	0,2	0,4	100,0	1 600	3,4
20-24	21,7	32,8	14,7	21,6	5,8	3,0	0,4	100,0	1 428	3,5
25-29	24,2	33,1	12,3	22,8	4,9	2,8	0,0	100,0	1 355	3,3
30-34	17,6	30,6	15,4	27,6	7,0	1,7	0,1	100,0	1 166	4,1
35-39	21,3	29,3	13,1	24,1	7,7	4,4	0,0	100,0	952	3,9
40-44	27,8	32,9	13,4	17,5	5,0	3,3	0,1	100,0	938	2,8
45-49	26,6	34,8	14,6	16,6	4,6	2,6	0,3	100,0	652	3,2
50-54	34,9	27,3	15,2	17,1	1,9	2,4	1,1	100,0	739	2,6
55-59	33,4	37,5	10,0	12,3	3,4	2,7	0,7	100,0	329	2,1
60-64	54,3	26,4	9,4	5,0	0,8	0,8	3,1	100,0	358	0,0
65 ou plus	62,6	23,1	6,3	3,1	1,5	0,8	2,6	100,0	596	0,0
Milieu de résidence										
Capitale	2,8	28,2	13,7	35,5	9,6	9,5	0,8	100,0	815	5,8
Autres villes	13,8	39,2	11,4	28,3	5,0	1,9	0,5	100,0	2 745	3,7
Ensemble urbain	11,2	36,7	11,9	29,9	6,0	3,6	0,5	100,0	3 560	4,1
Rural	28,1	48,1	9,5	10,9	2,0	0,8	0,6	100,0	11 682	1,4
Province										
Antananarivo	10,5	41,2	14,0	23,9	6,7	3,5	0,3	100,0	4 799	3,8
Fianarantsoa	24,5	50,5	9,3	13,2	1,2	0,4	0,8	100,0	2 920	1,6
Toamasina	25,6	47,4	11,2	12,8	1,9	0,8	0,4	100,0	2 273	1,6
Mahajanga	35,3	47,1	5,1	9,8	1,1	0,8	0,8	100,0	2 096	0,6
Toliara	43,3	38,6	6,1	9,7	1,0	0,3	1,0	100,0	2 060	-
Antsiranana	23,0	56,4	9,1	9,9	1,0	0,5	0,0	100,0	1 094	1,7
Quintile de bien-être										
Le plus pauvre	41,7	48,5	5,5	3,6	0,0	0,0	0,7	100,0	2 956	-
Second	40,1	47,7	7,6	4,0	0,2	0,0	0,4	100,0	2 733	0,1
Moyen	26,4	56,3	9,9	6,9	0,1	0,1	0,5	100,0	2 997	1,4
Quatrième	13,5	48,6	15,2	19,1	2,1	0,6	0,9	100,0	3 102	2,9
Le plus riche	4,0	28,8	11,4	38,3	11,1	6,0	0,4	100,0	3 453	5,9
Ensemble	24,1	45,5	10,0	15,3	3,0	1,5	0,6	100,0	15 241	2,0

Note : L'âge est inconnu pour 5 cas.

Le principal indicateur du niveau d'accès de la population au système éducatif est le niveau de fréquentation scolaire des personnes en âge d'aller à l'école. Le tableau 2.6 et le graphique 2.3 présentent les taux nets et bruts de fréquentation scolaire de la population âgée de 6 à 24 ans, par niveau d'instruction, par sexe, par milieu et province de résidence.

Tableau 2.6 Taux de fréquentation scolaire

Taux net de fréquentation scolaire (TNF) et taux brut de fréquentation scolaire (TBF) de la population (de droit) des ménages âgée de 6-24 ans, selon le niveau d'instruction, le sexe et certaines caractéristiques socio-démographiques, EDSMD-III Madagascar 2003-2004

Caractéristique	Taux net de fréquentation scolaire[1]			Taux brut de fréquentation scolaire[2]			Index de parité sexuelle[3]
	Homme	Femme	Ensemble	Homme	Femme	Ensemble	
NIVEAU PRIMAIRE							
Milieu de résidence							
Capitale	91,5	91,8	91,7	122,7	120,1	121,4	97,9
Autres villes	84,2	84,8	84,5	131,8	122,2	127,0	92,7
Ensemble urbain	85,6	86,2	85,9	130,0	121,8	125,9	93,7
Rural	70,8	74,1	72,4	118,1	111,8	115,0	94,6
Province							
Antananarivo	85,0	84,6	84,8	132,5	122,4	127,5	92,4
Fianarantsoa	77,7	80,7	79,2	133,3	120,3	126,8	90,3
Toamasina	81,6	78,3	80,0	127,4	119,3	123,5	93,7
Mahajanga	61,9	63,2	62,5	101,9	91,8	96,8	90,1
Toliara	54,9	66,0	60,4	91,9	100,4	96,1	109,2
Antsiranana	68,8	85,6	76,7	124,8	133,2	128,7	106,7
Quintile de bien-être							
Le plus pauvre	58,7	63,6	61,3	99,4	94,9	97,1	95,4
Second	61,2	69,9	65,3	102,6	106,7	104,6	104,0
Moyen	74,1	75,5	74,8	129,4	122,8	126,3	94,9
Quatrième	87,3	88,1	87,7	141,6	129,8	135,8	91,7
Le plus riche	93,8	90,5	92,1	133,9	119,1	126,3	89,0
Ensemble	73,6	76,5	75,0	120,4	113,7	117,1	94,5
NIVEAU SECONDAIRE							
Milieu de résidence							
Capitale	57,5	55,5	56,5	78,4	68,3	73,2	87,2
Autres villes	35,7	37,6	36,6	50,9	50,9	50,9	100,0
Ensemble urbain	39,9	41,4	40,6	56,2	54,6	55,4	97,2
Rural	10,1	14,4	12,1	14,3	17,7	15,8	123,8
Province							
Antananarivo	30,0	35,0	32,3	43,5	43,8	43,5	100,8
Fianarantsoa	12,1	16,9	14,3	15,2	21,0	17,8	138,4
Toamasina	12,8	13,8	13,3	17,0	18,7	17,8	110,0
Mahajanga	13,0	10,0	11,6	17,6	14,2	16,1	80,6
Toliara	6,2	13,2	9,6	11,7	16,5	14,0	141,2
Antsiranana	11,8	16,7	14,0	15,5	21,0	18,0	135,4
Quintile de bien-être							
Le plus pauvre	1,8	2,1	1,9	2,5	3,2	2,8	128,3
Second	4,5	4,0	4,3	5,9	4,8	5,4	81,9
Moyen	5,2	6,8	5,9	7,2	7,7	7,4	107,2
Quatrième	21,5	29,6	25,3	28,2	35,9	31,8	127,5
Le plus riche	53,3	57,5	55,4	78,4	75,9	77,2	96,8
Ensemble	16,5	20,6	18,4	23,3	26,2	24,6	112,8

Note : Le taux brut de fréquentation scolaire peut excéder 100 %.

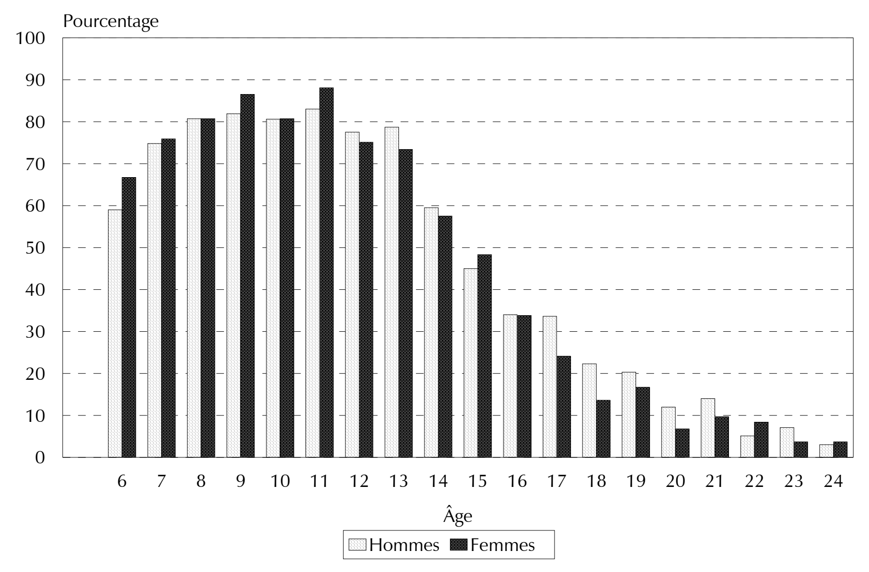
[1] Le taux net de fréquentation scolaire (TNF) pour le niveau primaire est le pourcentage de la population d'âge de fréquentation du niveau primaire (6-10 ans) qui fréquente l'école primaire. Le taux net de fréquentation scolaire pour le niveau secondaire est le pourcentage de la population d'âge de fréquentation du niveau secondaire (11-17 ans) qui fréquente l'école secondaire.

[2] Le taux brut de fréquentation scolaire (TBF) pour le niveau primaire est la proportion des élèves du niveau primaire, quel que soit leur âge, dans la population d'âge officiel de fréquentation du niveau primaire (6-10 ans). Le taux brut de fréquentation scolaire pour le niveau secondaire est la proportion des élèves du niveau secondaire, quel que soit leur âge, dans la population d'âge officiel de fréquentation du niveau secondaire (11-17 ans).

[3] L'indice de parité de genre pour l'école primaire est le ratio du TBF au niveau primaire des filles sur le TBF des garçons. L'indice de parité de genre pour l'école primaire est le ratio du TBF au niveau secondaire des filles sur le TBF des garçons.

Graphique 2.3 Taux de fréquentation scolaire par âge

(Pourcentage de la population de 5-24 ans fréquentant l'école par âge et sexe)



Note : Le système pré-primaire n'est pas pris en compte

EDSMD-III 2003-2004

Le taux net de fréquentation scolaire pour le niveau primaire est de 75 %, ce qui signifie que les trois quarts de la population de 6-10 ans fréquentent l'école primaire. Ce taux est nettement plus faible en rural qu'en urbain (72 % contre 86 %), ce qui peut s'expliquer par un développement plus important des infrastructures scolaires en milieu urbain qu'en milieu rural. Pour le niveau secondaire qui concerne la population âgée de 11-17 ans, le taux net de fréquentation scolaire s'établit à 18 %, ce qui est assez faible. Ici aussi, ce taux est beaucoup plus faible en rural qu'en urbain (12 % contre 41 %). Dans les provinces, le taux net pour le primaire varie d'un maximum de 85 % dans la province d'Antananarivo à un minimum de 60 % dans celle de Toliara et pour le niveau secondaire, il varie d'un maximum de 32 % dans la province d'Antananarivo à un minimum de 10 % dans celle de Toliara. En outre, les résultats montrent qu'au niveau primaire comme au niveau secondaire, les taux sont plus faibles chez les filles que chez les garçons.

2.4 CONDITIONS DE VIE

Caractéristiques de l'habitat

Au cours de l'enquête ménage, on s'est intéressé a certaines caractéristiques du logement (disponibilité de l'électricité, approvisionnement en eau pour boire et revêtement du sol et type de toilettes). On a également recueilli des informations sur la possession d'un certain nombre d'équipements modernes. Ces caractéristiques permettent d'évaluer le niveau socio-économique des ménages.

Les résultats sont présentés au tableau 2.7 et au graphique 2.4. On constate que seulement deux ménages malgaches sur dix possèdent l'électricité. La proportion varie considérablement suivant le milieu de résidence : très élevée dans la Capitale où 84 % des ménages possèdent l'électricité, cette proportion n'est que de 11 % en milieu rural et de 53 % en urbain.

Le Sommet Mondial pour l'Enfance a adopté une définition standardisée de l'eau potable qui a été prise en considération dans l'enquête EDSMD-III. L'eau est considérée comme potable lorsqu'elle provient des sources suivantes :

- Les robinets installés à l'intérieur ou l'extérieur du logement ;
- Les bornes fontaines ou robinets publics ;
- Les puits/forages équipés de pompes ; et
- Les puits couverts ou protégés.

Cette définition a permis de posséder des données standard qui peuvent être comparées. Au niveau national, 35 % des ménages ont accès à de l'eau salubre. En milieu urbain, cette proportion est de 74 % contre seulement 23 % en milieu rural. Il faut noter que 98 % des ménages de la Capitale et 67 % de ceux vivant dans les Autres Villes ont accès à de l'eau potable.

En milieu urbain, on constate que le type d'approvisionnement en eau pour boire le plus répandu est la fontaine publique (47 %) ; dans la capitale, cette proportion est de 68 % et dans les Autres Villes, elle est de 40 %. Par contre, en milieu rural, elle n'est que de 11 % et les résultats montrent que près de deux ménages sur cinq (39 %) utilisent pour boire de l'eau qui provient des fleuves/rivières. Lorsqu'on compare les données de l'enquête MICS 2000 (UNICEF-INSTAT/DDSS, 2000) par rapport à celles de l'EDSMD-III, l'accès à l'eau potable s'est amélioré et la proportion de ménages pouvant s'approvisionner en eau salubre s'est accrue de 10 % dans l'ensemble, 11 % en milieu rural et 5 % en milieu urbain. Cette hausse est la conséquence de la mise en œuvre de moyens non négligeables par certains projets comme le Projet pilote d'Approvisionnement en Eau Potable et l'Assainissement en milieu Rural (PAEPAR) de la Banque Mondiale, le Programme Assainissement, Eau Potable, Soins Primaires de l'Environnement (AEPSPE) de l'UNICEF, et bien d'autres, concernant l'extension des bornes fontaines publiques dans les zones périurbaines et communautaires en milieu rural ainsi que la construction des puits ou forages équipés de pompes à mains.

Cependant, dans 65 % des cas, les ménages malgaches n'ont toujours pas accès a un approvisionnement en eau potable pour boire puisque près des deux tiers utilisent de l'eau provenant de sources d'approvisionnement qui présentent généralement des risques de contamination comme les rivières/fleuves, mare, lac (34 %) et les puits non protégés (13 %).

Du point de vue de la durée nécessaire pour s'approvisionner en eau potable (aller et retour) on constate que 67 % des ménages consacrent moins de 15 minutes à cette tâche, avec un temps médian de 9 minutes. Ces résultats mettent en évidence l'ampleur des efforts à fournir pour atteindre les objectifs du DSRP (taux d'accès en eau potable de 100 % en milieu urbain et de 80 % en milieu rural) et de l'ODM, lesquels visent à réduire de moitié la proportion de la population qui n'ont pas accès à l'eau potable d'ici à l'horizon 2015.

La définition des toilettes adéquates a été adoptée par un groupe de travail composé de spécialistes en matière d'assainissement au sein du ministère de l'Energie et des Mines, du ministère de la Santé et du Planning Familial, de l'INSTAT et des organismes internationaux (UNICEF, WATERAID, USAID, BANQUE MONDIALE). Sont considérées comme toilettes adéquates, les WC à fosses septiques, les latrines à siphon avec chasse d'eau, les latrines avec raccordement à un collecteur ou égout et les latrines améliorées comme le VIP (Ventilated Improved Pit) et SANPLAT (Sanitation Platform).

Tableau 2.7 Caractéristiques des logements

Répartition (en %) des ménages par caractéristiques des logements, selon le milieu de résidence, EDSMD-III Madagascar 2003-2004

Caractéristique du logement	Milieu de résidence: Capitale	Autres villes	Ensemble urbain	Rural	Ensemble
Électricité					
Oui	83,9	43,3	52,7	10,8	20,3
Non	16,1	56,6	47,3	89,1	79,6
ND	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Source d'eau pour boire					
Robinet dans le logement/ la cour/concession	28,2	14,7	17,8	2,7	6,1
Fontaine publique	68,1	40,3	46,7	11,2	19,3
Puits protégé dans le logement/ la cour/concession	1,1	7,1	5,7	4,1	4,4
Puits public protégé	0,4	4,6	3,6	5,3	4,9
Puits ouvert dans le logement/ la cour/concession	0,5	2,3	1,9	3,3	3,0
Puits public ouvert	0,6	10,3	8,0	10,2	9,7
Eau de pluie	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1
Source	0,7	11,5	9,0	21,8	18,9
Fleuve/Rivière	0,0	8,7	6,7	38,6	31,3
Mare/Lac	0,1	0,4	0,3	2,7	2,2
Barrage	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1
Camion citerne	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Temps nécessaire pour s'approvisionner en eau					
Moins de 15 minutes (en %)	70,1	73,3	72,5	65,0	66,7
Temps médian pour aller à la source et en revenir	9,0	4,9	5,0	9,3	9,2
Type de toilettes					
Chasse d'eau avec évacuation/ W.C	16,1	4,9	7,4	0,7	2,2
Latrines améliorées	7,1	1,8	3,0	0,2	0,8
Fosse perdue	68,3	62,2	63,6	45,2	49,4
Fosse/Latrines en plein air	7,9	6,5	6,9	1,5	2,7
Nature/Pas de toilette	0,5	24,6	19,1	52,5	44,9
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Matériau du sol					
Carreaux	3,1	0,6	1,2	0,2	0,4
Ciment	49,7	42,2	43,9	15,0	21,6
Moquette/Tapis	0,9	0,3	0,4	0,5	0,5
Parquet/bois ciré	27,8	8,7	13,1	4,5	6,4
Vinyle/Lino/Asp.	1,2	0,3	0,5	0,2	0,2
Terre/Sable	5,4	10,5	9,3	17,8	15,9
Bouse	0,0	0,5	0,4	1,9	1,5
Bois planches	10,2	11,3	11,1	12,2	11,9
Palmes/Bambou	1,6	25,8	20,2	47,8	41,5
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif de ménages	439	1 471	1 909	6 511	8 420

En ce qui concerne la disponibilité d'installations sanitaires, on constate que seulement 3 % des ménages disposent d'installations hygiéniques comme les fosses septiques et les latrines améliorées. Par contre, près de la moitié des ménages (49 %) utilisent les fosses perdues et plus de deux ménages sur cinq ne possèdent pas de toilettes du tout (45 %). En milieu rural, plus de la moitié des ménages (53 %) ne disposent d'aucune toilette et en milieu urbain, cette proportion concerne près d'un ménage sur cinq (19 %). Par rapport aux autres enquêtes précédentes, il est difficile de procéder à une comparaison des résultats dans la mesure où les questionnaires ont été élaborés sur la base de nouvelles définitions. Au vu des résultats, bon nombre de ménages sont dépourvus d'installations hygiéniques, ce qui rend difficile la réduction de la prévalence des maladies diarrhéiques, notamment chez les enfants de moins de cinq ans.

Toutefois, la mise en application du Code de l'eau, la mise en oeuvre de la Politique nationale de l'assainissement, la mise en place de l'Autorité Nationale de l'Eau et de l'Assainissement (ANDEA) et la conduite d'une campagne nationale WASH (Eau, Assainissement et Hygiène), vont contribuer à relever le défi en matière de taux d'accès à l'eau potable et aux installations sanitaires hygiéniques.

Le revêtement du sol des logements est important dans la mesure où il peut être un facteur de propagation de certaines maladies. Les données du tableau 2.7 mettent en évidence une certaine précarité des conditions de logement à Madagascar. Ainsi, au niveau global, on observe que 71 % des ménages malgaches vivent dans un logement dont le sol est recouvert d'un revêtement rudimentaire comme la terre/sable, la bouse, le bois ou les palmes/bambous. À l'opposé, dans 22 % des cas, les ménages disposent d'un logement dont le sol est recouvert de ciment. Cette proportion est beaucoup plus élevée en urbain qu'en rural (44 % contre 15 %). Il faut souligner qu'en milieu rural, plus des trois-quarts des ménages (78 %) vivent dans un logement recouvert soit de terres/sable, soit de bois, soit de palmes/bambous.

Graphique 2.4 **Caractéristiques des logements**

ÉLECTRICITÉ
Électricité
ORIGINE DE L'EAU
Robinet dans logement/court
Robinet public
Puits privé
Puits public
Rivière/Eau de surface/Source
TYPE DE TOILETTES
Chasse d'eau
Latrines
Fosses som./Fosses perdues
Pas de toilettes
TYPE DE SOL
Ciment/Carreaux
Terre/Sable
Bois/Planche/Bambou
Bouse
0 10 20 30 40 50 60 70
Pourcentage

EDSMD-III 2003-2004

Biens possédés par le ménage

Le niveau de vie des ménages est évalué par la possession de certains biens de consommation. Le tableau 2.8 montre que près de deux ménages malgaches sur cinq (39 %) ne possèdent aucun bien de consommation durable. Cette proportion est nettement plus élevée en milieu rural qu'en milieu urbain (45 % contre 18 %) ; C'est dans la capitale qu'elle est la plus faible (3 %). Cependant, on constate que la moitié des ménages possèdent une radio qui est le bien le plus fréquemment possédé (59 %), que ce soit en urbain (79 %), comme en rural (53 %). La télévision vient en deuxième position (18 %) et comme pour la radio, ce sont les ménages urbains qui en sont le plus fréquemment équipés (44 % contre 10 %). Très peu de ménages disposent d'un réfrigérateur (3 %), et ce sont surtout les ménages de la capitale qui en sont équipés (17 %). En outre, on constate que le moyen de locomotion le plus répandu est la bicyclette (16 %). En milieu rural 13 % des ménages en possèdent une et cette proportion est deux fois plus élevée en milieu urbain (26 %). Quant au moyen de communication seulement 5 % des ménages possèdent un téléphone dont seulement 3 % en milieu rural et 12 % en milieu urbain. Ce sont les ménages de la capitale qui en sont le plus fréquemment équipés (31 %). Par rapport à l'EDS-97, on constate une augmentation importante des proportions de ménages possédant des biens de consommation puisque seulement 38 % possédaient une radio, 6 % une télévision et moins d'un pour cent un téléphone.

Tableau 2.8 Biens durables possédés par les ménages

Pourcentage de ménages possédant certains biens de consommation durables, selon le milieu de résidence, EDSMD-III Madagascar 2003-2004

	Milieu de résidence				
Biens durables	Capitale	Autres villes	Ensemble urbain	Rural	Ensemble
Radio	95,1	74,6	79,3	53,0	59,0
Télévision	77,9	33,8	43,9	9,7	17,5
Téléphone	30,5	6,6	12,1	3,4	5,4
Réfrigérateur	16,8	6,8	9,1	1,7	3,4
Bicyclette	15,0	29,6	26,3	13,0	16,0
Motocyclette	2,5	2,3	2,3	0,6	1,0
Voiture/Camion	12,0	3,8	5,7	0,9	2,0
Aucun	3,4	22,7	18,3	45,4	39,3
Effectif de ménages	439	1 471	1 909	6 511	8 420

Consommation de sel iodé par le ménage

Lors de l'enquête, on a demandé quel type de sel utilisait le ménage et ce sel a fait l'objet d'un test pour déterminer si le sel en question était effectivement iodé ou non. Les résultats du tableau 2.9 montre que 71 % des ménages enquêtés consommaient du sel iodé et moins du quart des ménages (23 %) n'en consommaient pas. Selon le milieu de résidence, on constate que l'utilisation du sel iodé est plus fréquente dans le milieu urbain (80 %) qu'en milieu rural (68 %). En ce qui concerne les provinces, on note une variation importante de la consommation de sel iodé, allant d'un minimum de 23 % pour Toliara à un maximum de 88 % pour Toamasina. Dans l'ensemble, la consommation du sel iodé a connu une légère baisse de 3 % par rapport à l'EDS-97.

Tableau 2.9 Consommation de sel iodé

Répartition (en %) des ménages par type de sel utilisé pour la cuisine d'après les résultats du test selon le milieu de résidence, EDSMD-III Madagascar 2003-2004

Milieu de résidence/ province	Type de sel				Total	Effectif de ménages
	Sel iodé de 1 à <15	Sel iodé à15 ou +	Sel non iodé	ND		
Milieu de résidence						
Capitale	0,0	97,0	1,8	1,2	100,0	439
Autres villes	0,0	74,5	20,9	4,5	100,0	1 471
Ensemble urbain	0,0	79,7	16,5	3,8	100,0	1 909
Rural	0,1	67,9	24,9	7,1	100,0	6 511
Province						
Antananarivo	0,0	79,4	17,3	3,3	100,0	2 624
Fianarantsoa	0,0	54,5	31,2	14,3	100,0	1 559
Toamasina	0,0	88,2	6,6	5,2	100,0	1 309
Mahajanga	0,3	84,7	10,3	4,6	100,0	1 166
Toliara	0,0	23,0	71,6	5,4	100,0	1 048
Antsiranana	0,0	87,5	5,8	6,7	100,0	714
Quintile de bien-être						
Le plus pauvre	0,0	56,4	35,5	8,1	100,0	1 409
Second	0,0	52,5	36,8	10,7	100,0	1 720
Moyen	0,2	64,8	27,0	8,0	100,0	1 614
Quatrième	0,0	80,8	15,4	3,8	100,0	1 770
Le plus riche	0,0	92,8	5,2	2,1	100,0	1 906
Ensemble	0,0	70,6	23,0	6,3	100,0	8 420

CARACTÉRISTIQUES DES FEMMES ET DES HOMMES ENQUÊTÉS 3

Rafaralahy Victor RABEZA

Le chapitre 3 porte sur les caractéristiques socio-démographiques des femmes enquêtées de 15-49 ans et des hommes enquêtés de 15-59 ans. Cette partie est importante car elle permet de comprendre et d'expliquer les comportements de la population vis-à-vis de la contraception, des IST, du VIH/sida et de connaître ses préférences en matière de fécondité. Tout comme le questionnaire ménage, les questionnaires individuels ont permis de recueillir des informations sur l'âge, le milieu de résidence, l'état matrimonial et le niveau d'instruction des enquêtés. Dans cette partie, on aborde également des sujets comme l'alphabétisation, l'accès aux médias et l'activité économique des hommes et des femmes. De plus, des questions spécifiques pour évaluer le statut de la femme portant principalement sur le niveau de contrôle des femmes dans le ménage et leur pouvoir de décision concernant l'utilisation de leurs revenus ont été abordées dans ce chapitre. Enfin, on a demandé aux femmes enquêtées leur opinion concernant l'adhésion ou le rejet de certains rôles traditionnels.

3.1 CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES DES ENQUÊTÉS

Compte tenu de l'importance de l'âge dans l'analyse des phénomènes démographiques, un intérêt particulier a été accordé à son enregistrement lors de la collecte des données. En effet, avant l'enregistrement de toutes les informations, l'enquêtrice demandait à son interlocuteur de réunir tous les documents officiels pouvant fournir des informations sur sa personne et sur les autres membres du ménage. En l'absence de document officiel, l'enquêtrice devait procéder à un recoupement avec des événements ayant marqué la vie de l'enquêté (âge au mariage, âge du premier enfant, etc.) ou des événements ayant marqué la vie nationale ou de la province.

La répartition des femmes de 15-49 ans par groupe d'âges quinquennal présente une allure régulière et la proportion de femmes de chaque groupe d'âges diminue régulièrement au fur et à mesure que l'on avance vers les âges élevés, passant de 19 % à 15-19 ans à 8 % dans la tranche d'âges 45-49 ans. La structure de la population des hommes présente elle aussi une allure régulière avec des proportions qui diminuent régulièrement, passant de 17 % à 15-19 ans à 9 % à 45-49 ans.

Les questions concernant l'état matrimonial ont été posées à toutes les femmes et à tous les hommes de l'échantillon. Au cours de l'enquête, le concept *"mariage"* ou *"union"* s'applique à toutes les formes de mariage ou d'union, qu'elles soient légales ou non, formelles ou non. Il ressort du tableau 3.1, que la moitié des femmes (51 %) étaient mariées légalement au moment de l'enquête, 14 % étaient en union consensuelle et environ une femme sur cinq était célibataire (21 %). Quant aux femmes en rupture d'union, elles représentent 14 % des enquêtées. Chez les hommes, on observe une répartition assez semblable avec cependant une proportion de célibataires un peu plus élevée (31 % contre 21 % chez les femmes) et surtout une proportion d'hommes divorcés ou séparés beaucoup plus faible (5 % par rapport à 12 %). Ce résultat s'explique, en partie, par la facilité de remariage des hommes en rupture d'union (divorcés et veufs), particulièrement à des âges tardifs. Enfin comme chez les femmes, plus de la moitié des hommes étaient mariés au moment de l'enquête (54 %).

En ce qui concerne le milieu de résidence, l'EDS-2003-2004 a utilisé le même concept que l'EDS de 1997 : le milieu urbain est constitué par « l'ensemble des chefs lieux des Fivondronampokontany (préfectures ou sous préfectures) à part huit, dont Antananarivo-Avaradrano, Antananarivo Atsimondrano et tous les Fivondronampokontany II. Le reste constitue le milieu rural ». Les résultats montrent que les trois quarts des enquêtés vivent en milieu rural (75 % des femmes et 76 % des hommes). Le milieu urbain regroupe environ un quart des enquêtés et 6 % vivent dans la capitale. On ne constate pas de différence selon le sexe[1].

Tableau 3.1 Caractéristiques socio-démographiques des enquêtés

Répartition (en %) des femmes et des hommes enquêtés par certaines caractéristiques socio-démographiques, EDSMD-III Madagascar 2003-2004

	Femmes			Hommes		
Caractéristique	Pourcentage pondéré	Effectif pondéré	Effectif non pondéré	Pourcentage pondéré	Effectif pondéré	Effectif non pondéré
Âge						
15-19	19,2	1 528	1 510	17,1	416	414
20-24	17,5	1 391	1 421	17,1	416	419
25-29	17,0	1 347	1 343	16,4	400	353
30-34	14,5	1 155	1 186	10,3	251	286
35-39	11,8	940	934	12,0	292	285
40-44	11,7	932	877	9,6	234	235
45-49	8,2	655	678	8,5	207	212
50-54	na	na	na	5,5	133	146
55-59	na	na	na	3,4	83	82
État matrimonial						
Célibataire	21,3	1 693	1 913	31,2	759	815
Marié	50,5	4 013	3 988	54,4	1 322	1 286
Union consensuelle	14,2	1 127	952	8,4	205	201
Divorcé(e)/séparé(e)	11,8	940	912	5,3	129	111
Veuve/veuf	2,2	175	183	0,7	16	18
Milieu de résidence						
Capitale	5,9	466	1 538	6,3	152	502
Autres villes	19,0	1 509	3 638	17,6	427	996
Ensemble urbain	24,8	1 975	5 176	23,8	579	1 498
Rural	75,2	5 974	2 773	76,2	1 853	934
Province						
Antananarivo	33,6	2 671	2 965	32,6	792	912
Fianarantsoa	20,1	1 599	1 257	18,1	441	342
Toamasina	15,0	1 196	1 152	16,7	406	396
Mahajanga	12,4	987	799	12,9	314	258
Toliara	12,0	957	1 005	11,7	285	287
Antsiranana	6,8	539	771	8,0	195	237
Niveau d'instruction						
Sans instruction	21,9	1 741	1 192	16,2	394	276
Primaire/Alphabét.	47,3	3 757	3 173	49,1	1 194	1 007
Secondaire ou plus	30,8	2 451	3 584	34,7	844	1 149
Quintile de bien-être						
Le plus pauvre	21,4	1 700	1 026	16,7	406	268
Second	15,2	1 206	788	19,7	478	327
Moyen	18,4	1 466	1 031	19,4	472	331
Quatrième	19,3	1 531	1 489	19,5	473	456
Le plus riche	25,7	2 046	3 615	24,8	602	1 050
Ensemble[1]	100,0	7 949	7 949	100,0	2 432	2 432

na = Non applicable
[1] Y compris 1 cas pour lequel l'état matrimonial est non-déterminé pour les femmes et pour les hommes.

[1] *Recensement Général de la Population et de l'Habitat. RGPH-1993.* INSTAT

Le tableau 3.1 présente également la répartition des hommes et des femmes selon l'indice de bien-être économique du ménage. Cet indice est construit à partir des données sur les biens des ménages et en utilisant l'analyse en composante principale. Les informations sur les biens des ménages comprennent des informations provenant du questionnaire ménage de l'EDS-2003-2004 sur la possession par les ménages de certains biens de consommation allant de la télévision à la radio ou à la voiture ainsi que sur certaines caractéristiques du logement comme la disponibilité de l'électricité, le type d'approvisionnement en eau, le type de toilettes, le type de revêtement du sol, le nombre de personnes par pièce pour dormir et le combustible utilisé pour cuisiner.

On a affecté à chacun de ces biens et caractéristiques un poids (score ou coefficient) généré à partir d'une analyse en composante principale. Les scores des biens qui en résultent sont standardisés selon une distribution normale standard de moyenne 0 et d'écart type 1 (Gwatkin et al., 2000). On attribue ensuite à chaque ménage un score pour chaque bien et on obtient la somme de tous les scores par ménage ; les individus sont classés en fonction du score total du ménage dans lequel ils résident. L'échantillon est ensuite divisé en quintile de population, chaque quintile correspondant à un niveau allant de 1 (le plus pauvre) à 5 (le plus riche).

Le tableau 3.1 montre que plus d'une femme sur cinq (21 %) et moins d'un cinquième des hommes (17 %) vivent dans les ménages du quintile le plus pauvre et qu'à l'opposé, une proportion semblable de femmes (26 %) et d'hommes (25 %) vivent dans les ménages du quintile le plus riche.

3.2 NIVEAU D'INSTRUCTION PAR CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES

Dans toutes les enquêtes, les résultats ont mis en évidence l'importance de la variable « niveau d'instruction » en tant que variable de différenciation et d'explication des phénomènes étudiés. Des questions sur la fréquentation scolaire, le niveau d'études et la dernière classe achevée avec succès ont été posées pour chaque femme et homme éligible. Les tableaux 3.2.1 et 3.2.2 présentent la répartition des femmes et des hommes par certaines caractéristiques socio-démographiques selon le niveau d'instruction atteint.

Dans l'ensemble, une proportion plus élevée de femmes de 15-49 ans que d'hommes de 15-59 ans (22 % contre 16 %) sont sans instruction. Un peu plus d'un homme sur dix (12 %) et une femme sur sept (14 %) ont achevé un cycle primaire et enfin seulement 5 % des femmes et 7 % des hommes ont atteint un niveau secondaire complet. Deux fois plus d'hommes que de femmes ont un niveau supérieur (4 % contre 2 %).

Des disparités apparaissent, au niveau de certaines caractéristiques socio-démographiques des enquêtés. Selon le milieu de résidence, on constate que quel que soit le sexe des enquêtés, la proportion de ceux ayant une instruction est toujours plus élevée en milieu urbain qu'en milieu rural. En milieu urbain, 8 % des femmes et 6 % des hommes sont sans instruction contre 27 % et 20 % en milieu rural et corrélativement, en milieu urbain, le nombre médian d'années d'instruction est plus de deux fois plus élevé en urbain qu'en rural (6,2 ans contre 2,8 ans et 7,1 ans contre 3,1 ans). Concernant les provinces, on note que c'est dans la province de Toliara que la proportion de ceux qui n'ont aucune instruction est la plus élevée et ce quel que soit le sexe (43 % pour les femmes et 37 % pour les hommes). À l'opposé, dans celle d'Antananarivo, seulement 8 % des femmes et 6 % des hommes sont sans instruction.

Tableau 3.2.1 Niveau d'instruction des femmes par caractéristiques socio-démographiques

Répartition (en %) des femmes enquêtées par niveau d'instruction atteint et nombre médian d'années d'instruction, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDSMD-III Madagascar 2003-2004

Caractéristique	Plus haut niveau d'instruction atteint						Total	Effectif de femmes	Nombre médian d'années d'instruction
	Sans instruction	Primaire incomplet	Primaire complet	Secondaire incomplet	Secondaire complet	Supérieur			
Âge									
15-19	20,8	35,4	14,5	26,6	2,5	0,2	100,0	1 528	3,4
20-24	20,6	33,6	14,7	21,9	6,3	2,9	100,0	1 391	3,5
25-29	23,4	33,1	12,8	23,2	4,9	2,6	100,0	1 347	3,4
30-34	17,2	31,3	15,0	27,7	7,0	1,7	100,0	1 155	4,1
35-39	20,4	29,7	13,2	24,4	7,8	4,5	100,0	940	4,0
40-44	27,6	33,4	13,4	17,3	4,9	3,3	100,0	932	2,9
45-49	26,2	35,7	14,4	16,5	4,5	2,5	100,0	655	3,3
Milieu de résidence									
Capitale	1,1	12,5	14,5	43,6	14,1	14,1	100,0	466	8,3
Autres villes	10,2	23,6	13,9	40,9	8,3	3,1	100,0	1 509	5,3
Ensemble urbain	8,1	21,0	14,0	41,5	9,7	5,7	100,0	1 975	6,2
Rural	26,5	37,3	14,1	17,1	3,9	1,2	100,0	5 974	2,8
Province									
Antananarivo	8,4	26,4	17,0	32,1	11,1	5,1	100,0	2 671	4,9
Fianarantsoa	24,9	38,0	14,7	19,5	2,1	0,8	100,0	1 599	2,9
Toamasina	25,5	33,2	15,9	20,6	3,5	1,3	100,0	1 196	3,1
Mahajanga	32,1	40,2	7,2	17,3	2,0	1,2	100,0	987	2,2
Toliara	43,1	27,3	9,5	17,3	2,1	0,7	100,0	957	1,3
Antsiranana	15,7	50,9	14,0	16,7	1,8	1,0	100,0	539	3,1
Quintile de bien-être									
Le plus pauvre	44,8	40,6	8,9	5,7	0,0	0,0	100,0	1 700	0,5
Second	38,2	39,8	13,7	8,0	0,4	0,0	100,0	1 206	1,6
Moyen	22,7	48,3	16,6	12,3	0,1	0,0	100,0	1 466	2,6
Quatrième	8,9	33,5	20,5	31,7	4,4	1,0	100,0	1 531	4,4
Le plus riche	2,5	12,2	11,8	48,0	17,0	8,4	100,0	2 046	8,2
Ensemble	21,9	33,2	14,0	23,2	5,3	2,4	100,0	7 949	3,5

Tableau 3.2.2 Niveau d'instruction des hommes par caractéristiques socio-démographiques

Répartition (en %) des hommes enquêtés par niveau d'instruction atteint et nombre médian d'années d'instruction, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDSMD-III Madagascar 2003-2004

Caractéristique	Plus haut niveau d'instruction atteint						Total	Effectif d'hommes	Nombre médian d'années d'instruction
	Sans instruction	Primaire incomplet	Primaire complet	Secondaire incomplet	Secondaire complet	Supérieur			
Âge									
15-19	18,0	43,7	8,5	27,6	1,8	0,4	100,0	416	3,2
20-24	24,1	31,9	15,2	21,9	4,8	2,0	100,0	416	3,3
25-29	13,1	39,7	14,0	22,4	8,8	2,0	100,0	400	3,8
30-34	9,2	39,0	10,3	24,1	11,8	5,5	100,0	251	4,2
35-39	15,6	30,4	11,5	26,1	8,6	7,7	100,0	292	4,4
40-44	16,9	35,7	10,8	26,2	5,8	4,6	100,0	234	3,8
45-49	13,2	37,8	12,8	24,5	4,7	7,0	100,0	207	3,9
50-54	12,3	42,4	4,4	26,5	10,1	4,3	100,0	133	3,3
55-59	17,3	35,8	17,3	19,5	5,7	4,5	100,0	83	3,7
Milieu de résidence									
Capitale	0,5	9,7	13,3	42,8	16,8	16,9	100,0	152	8,8
Autres villes	7,4	25,2	11,7	39,9	8,5	7,4	100,0	427	5,9
Ensemble urbain	5,6	21,1	12,1	40,6	10,7	9,9	100,0	579	7,1
Rural	19,5	42,4	11,6	19,5	5,2	1,7	100,0	1 853	3,1
Province									
Antananarivo	6,3	29,7	12,6	30,9	14,1	6,4	100,0	792	5,9
Fianarantsoa	15,2	40,1	14,9	23,5	3,0	3,3	100,0	441	3,6
Toamasina	18,9	41,0	13,9	21,6	2,6	2,2	100,0	406	3,0
Mahajanga	22,9	46,7	4,1	22,5	1,9	1,9	100,0	314	2,3
Toliara	36,7	32,1	8,2	16,4	4,7	1,9	100,0	285	1,8
Antsiranana	12,4	47,0	14,7	22,0	2,3	1,7	100,0	195	3,5
Quintile de bien-être									
Le plus pauvre	27,3	55,3	7,4	10,0	0,0	0,0	100,0	406	1,5
Second	30,7	43,3	12,6	12,4	1,0	0,0	100,0	478	1,7
Moyen	17,5	52,8	14,3	14,2	1,2	0,0	100,0	472	2,8
Quatrième	9,3	37,8	19,0	29,9	2,8	1,2	100,0	473	4,2
Le plus riche	1,6	8,0	6,3	47,8	22,5	13,8	100,0	602	9,0
Ensemble	16,2	37,3	11,8	24,5	6,5	3,7	100,0	2 432	3,7

Enfin, les résultats selon le quintile de bien être du ménage laissent entrevoir une probable relation entre le niveau d’instruction et le niveau de richesse du ménage. En effet, la proportion des femmes et des hommes sans instruction diminue au fur et à mesure que le quintile de bien être du ménage s’améliore : 45 % des femmes sans instruction vivaient dans les ménages les plus pauvres et seulement 3 % dans les ménages les plus riches. Chez les hommes, ces proportions sont respectivement de 27 % et 2 %.

3.3 ALPHABÉTISATION

Au cours de l'EDS-2003-2004, mises à part les questions posées sur la dernière classe achevée et le niveau d'instruction atteint par les enquêtés, on a demandé à ceux qui n'avaient aucune instruction et à ceux qui avaient déclaré avoir effectué le primaire de lire une phrase rédigée dans la langue nationale préparée par les agents enquêteurs. Trois modalités ont été ainsi considérées : *« peut lire toute la phrase », « une partie de la phrase » ou « ne peut pas lire du tout »*. Les enquêtés, femmes ou hommes ayant atteint le niveau secondaire ou plus ont été considérés d'office comme étant alphabétisés.

On constate aux tableaux 3.3.1 et 3.3.2 qu'environ sept femmes sur dix (71 %) et trois-quarts des hommes (75 %) sont alphabétisés, c'est-à-dire qu'ils ont pu lire toute la phrase qui leur était proposée, ou seulement une partie, ou qu'ils ont atteint le niveau d'instruction secondaire ; en revanche, 29 % des femmes et 25 % des hommes sont analphabètes. En outre, on constate que, quel que soit le sexe, la proportion de ceux qui ne savent pas lire est un peu plus élevée que la proportion de ceux qui n'ont aucune instruction (29 % contre 22 % chez les femmes et 25 % contre 16 % chez les hommes (cf. tableaux 3.2.1 et 3.2.2). Ceci pourrait s'expliquer par le fait qu'un nombre assez important d'enquêtés n'ont effectué que la première ou la deuxième année du cycle primaire et qu'au fil du temps, ils ont oublié ce qu'ils avaient appris.

Tableau 3.3.1 Alphabétisation chez les femmes

Répartition (en %) des femmes enquêtées par niveau d'instruction atteint et niveau d'alphabétisation, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDSMD-III Madagascar 2003-2004

Caractéristique	École secondaire ou plus	Pas d'instruction ou école primaire: Peut lire toute une phrase	Peut lire une partie de la phrase	Ne peut pas lire du tout	ND	Total	Effectif	Pourcentage pouvant lire[1]
Âge								
15-19	29,3	31,5	9,3	29,4	0,5	100,0	1 528	70,1
20-24	31,1	26,1	13,0	29,5	0,2	100,0	1 391	70,3
25-29	30,6	28,6	10,1	30,6	0,0	100,0	1 347	69,4
30-34	36,4	30,6	8,5	24,4	0,1	100,0	1 155	75,5
35-39	36,7	30,9	9,0	23,4	0,0	100,0	940	76,5
40-44	25,6	30,7	9,2	34,5	0,0	100,0	932	65,5
45-49	23,6	36,8	9,0	30,6	0,0	100,0	655	69,4
Milieu de résidence								
Capitale	71,9	23,0	3,4	1,5	0,2	100,0	466	98,2
Autres villes	52,3	27,6	6,1	13,7	0,4	100,0	1 509	86,0
Ensemble urbain	56,9	26,5	5,4	10,8	0,3	100,0	1 975	88,9
Rural	22,2	31,4	11,4	34,9	0,1	100,0	5 974	65,0
Province								
Antananarivo	48,3	31,1	8,5	11,9	0,2	100,0	2 671	87,9
Fianarantsoa	22,4	34,0	7,8	35,7	0,1	100,0	1 599	64,2
Toamasina	25,4	32,3	10,8	31,5	0,1	100,0	1 196	68,4
Mahajanga	20,5	21,5	15,2	42,5	0,4	100,0	987	57,1
Toliara	20,1	21,2	8,9	49,7	0,1	100,0	957	50,3
Antsiranana	19,5	41,8	13,5	25,2	0,0	100,0	539	74,8
Quintile de bien-être								
Le plus pauvre	5,7	24,4	11,7	58,3	0,0	100,0	1 700	41,7
Second	8,4	31,8	12,3	47,5	0,0	100,0	1 206	52,3
Moyen	12,4	42,3	13,6	31,6	0,1	100,0	1 466	68,3
Quatrième	37,1	38,2	10,9	13,3	0,5	100,0	1 531	86,2
Le plus riche	73,5	19,5	3,6	3,2	0,2	100,0	2 046	96,6
Ensemble	30,8	30,2	9,9	28,9	0,2	100,0	7 949	71,0

[1] Se rapporte aux femmes qui ont le niveau secondaire ou plus et à celles qui peuvent lire toute une phrase entière ou une partie de la phrase.

Tableau 3.3.2 Alphabétisation chez les hommes

Répartition (en %) des hommes enquêtés par niveau d'instruction atteint et niveau d'alphabétisation, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDSMD-III Madagascar 2003-2004

Caractéristique	École secondaire ou plus	Pas d'instruction ou école primaire: Peut lire toute une phrase	Pas d'instruction ou école primaire: Peut lire une partie de la phrase	Pas d'instruction ou école primaire: Ne peut pas lire du tout	ND	Total	Effectif	Pourcentage pouvant lire[1]
Âge								
15-19	29,8	28,3	11,0	30,7	0,2	100,0	416	69,1
20-24	28,8	25,7	10,2	35,4	0,0	100,0	416	64,6
25-29	33,2	27,0	16,7	22,8	0,2	100,0	400	76,9
30-34	41,5	22,0	19,5	16,9	0,2	100,0	251	82,9
35-39	42,4	22,8	13,2	21,4	0,2	100,0	292	78,4
40-44	36,6	27,2	13,7	22,5	0,0	100,0	234	77,5
45-49	36,2	34,4	11,7	17,1	0,6	100,0	207	82,3
50-54	40,9	27,9	16,3	14,9	0,0	100,0	133	85,1
55-59	29,6	33,2	13,6	23,5	0,0	100,0	83	76,5
Milieu de résidence								
Capitale	76,5	18,7	2,6	1,9	0,3	100,0	152	97,8
Autres villes	55,7	24,0	7,3	12,4	0,6	100,0	427	87,0
Ensemble urbain	61,2	22,6	6,0	9,6	0,5	100,0	579	89,8
Rural	26,4	28,2	16,0	29,3	0,1	100,0	1 853	70,7
Province								
Antananarivo	51,4	23,6	14,1	10,8	0,1	100,0	792	89,2
Fianarantsoa	29,8	32,3	12,9	25,0	0,0	100,0	441	75,0
Toamasina	26,3	35,2	12,0	26,2	0,3	100,0	406	73,5
Mahajanga	26,3	17,9	17,9	37,4	0,5	100,0	314	62,1
Toliara	23,0	18,6	12,8	45,6	0,0	100,0	285	54,4
Antsiranana	26,0	37,2	10,9	25,4	0,5	100,0	195	74,1
Quintile de bien-être								
Le plus pauvre	10,0	25,5	22,0	42,5	0,0	100,0	406	57,5
Second	13,3	26,5	15,3	44,7	0,2	100,0	478	55,1
Moyen	15,4	40,1	17,2	27,2	0,0	100,0	472	72,8
Quatrième	33,8	35,1	15,7	14,9	0,4	100,0	473	84,7
Le plus riche	84,1	11,3	2,2	2,2	0,2	100,0	602	97,6
Ensemble	34,7	26,9	13,6	24,6	0,2	100,0	2 432	75,2

[1] Se rapporte aux hommes qui ont le niveau secondaire ou plus et à ceux qui peuvent lire toute une phrase entière ou une partie de la phrase.

Par ailleurs, les résultats montrent que les proportions d'analphabètes varient de manière significative selon les caractéristiques socio-démographiques. Tout d'abord, on constate un écart important entre les milieux de résidence, la proportion d'analphabètes étant, quel que soit le sexe, beaucoup plus élevée en rural qu'en urbain. Il faut souligner qu'en rural, plus d'un tiers des femmes sont analphabètes (35 %) contre 11 % en urbain ; chez les hommes, ces proportions sont, respectivement, de 29 % et de 10 %. Les résultats selon les provinces mettent également en évidence des disparités importantes : avec 46 % d'hommes et 50 % de femmes analphabètes, Toliara se caractérise par les niveaux les plus élevés d'analphabétisme. À l'opposé, la province d'Antananarivo enregistre les niveaux les plus faibles (12 % des femmes et 11 % des hommes). La répartition des ménages par quintile de bien-être met en évidence également des écarts importants, les proportions de femmes et d'hommes analphabètes diminuant des ménages les plus pauvres aux plus riches.

***Graphique 3.1* Proportion d'analphabètes par milieu de résidence et par sexe**

EDSMD-III 2003-2004

3.4 EXPOSITION AUX MÉDIAS

L’exposition aux médias influence l’accès des enquêtés aux programmes d’Information, Education et Communication (IEC) en matière de Planification Familiale, IST-Sida, etc. Il est donc très important de savoir si la population est exposée aux moyens modernes d’information. Au cours de l’EDS-2003-2004, on a considéré qu’il n’était pas nécessaire de posséder un poste de radio ou de télévision ou d’acheter un journal pour avoir accès à l’information ; de nombreuses personnes peuvent aller écouter la radio, regarder la télévision chez un voisin ou lire un journal sans l’avoir acheté.

Selon les résultats des tableaux 3.4.1 et 3.4.2, on constate que 38 % des femmes et 31 % des hommes ne sont exposés à aucun média. Cependant, par rapport à l’EDS-97, la proportion de femmes qui n’était exposée à aucun média a nettement diminué puisqu’elle est passée de 68 % à 38 %. En outre, les résultats montrent que, quel que soit le sexe, c’est la radio qui est le moyen de communication le plus utilisé : 60 % des femmes et 66 % des hommes ont déclaré l’écouter au moins une fois par semaine. Une proportion très proche de femmes et d’hommes ont déclaré regarder la télévision au moins une fois par semaine (respectivement, 23 % et 26 %). Par contre, les proportions de femmes et d’hommes qui ont déclaré lire un journal sont plus faibles (19 % pour les deux sexes).

L’exposition aux médias varie généralement selon certaines caractéristiques des enquêtés, en l’occurrence le milieu de résidence, la province et le niveau d’instruction. Les résultats présentés aux tableaux 3.4.1 et 3.4.2 mettent en évidence, chez les hommes comme chez les femmes, des écarts importants selon les milieux de résidence puisque, en urbain, 24 % des femmes et 30 % des hommes ont déclaré être exposés à tous les médias contre seulement 7 % et 8 % en rural. Ce sont les hommes et les femmes qui vivent dans la capitale qui sont les plus fréquemment exposés à tous les médias (56 % des femmes et 69 % des hommes). Au niveau des provinces, on note un écart important entre la province d’Antananarivo et les autres ; en effet dans cette province, 28 % des femmes et 30 % des hommes ont accès à tous les médias alors que dans les autres, ces proportions sont inférieures à 10 %. Dans la province de Toliara, par exemple, près de trois femmes sur cinq (59 %) et plus de deux hommes sur cinq

(47 %) n'ont accès à aucun média et à Fianarantsoa ces proportions sont respectivement de 51 % et 46 %. Les résultats, par rapport au niveau d'instruction, montrent également que les femmes et les hommes ayant de l'instruction sont plus fréquemment exposés aux médias que ceux qui n'ont aucune instruction.

Enfin, les résultats selon les quintiles de bien-être du ménage indiquent que sept femmes sur dix (71 %) qui vivaient dans les ménages les plus pauvres ont déclaré n'avoir accès à aucun média alors que cette proportion n'est que de 5 % dans le quintile le plus riche. Chez les hommes, ces proportions sont respectivement de 52 % et 1 %. Aussi, peut-on avancer qu'une corrélation existe probablement entre le niveau d'exposition aux médias et le niveau de bien être du ménage.

Tableau 3.4.1 Exposition des femmes aux médias

Pourcentage de femmes qui, habituellement, lisent un journal, regardent la télévision et/ou écoutent la radio au moins une fois par semaine, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDSMD-III Madagascar 2003-2004

Caractéristique	Lit le journal au moins une fois par semaine	Regarde la télévision au moins une fois par semaine	Écoute la radio au moins une fois par semaine	Tous les trois médias	Aucun média	Effectif
Âge						
15-19	20,5	25,6	58,2	11,9	38,0	1 528
20-24	19,3	25,3	60,3	14,0	36,9	1 391
25-29	16,3	23,3	58,9	10,4	38,3	1 347
30-34	16,9	19,6	60,8	9,4	37,4	1 155
35-39	19,0	21,6	58,8	10,7	38,7	940
40-44	17,3	20,6	60,0	11,0	37,4	932
45-49	21,0	24,7	59,8	12,8	38,1	655
Milieu de résidence						
Capitale	62,0	83,3	95,1	55,5	1,9	466
Autres villes	23,6	42,2	75,8	14,4	18,8	1 509
Ensemble urbain	32,6	51,9	80,4	24,1	14,8	1 975
Rural	13,9	13,7	52,6	7,3	45,4	5 974
Province						
Antananarivo	34,5	47,6	79,0	27,6	17,7	2 671
Fianarantsoa	12,0	9,4	46,6	3,6	50,8	1 599
Toamasina	12,3	13,0	50,2	4,1	47,2	1 196
Mahajanga	9,8	11,1	53,5	3,2	44,3	987
Toliara	7,1	9,2	37,9	2,3	59,4	957
Antsiranana	9,4	12,3	71,1	2,6	27,4	539
Niveau d'instruction						
Sans instruction	0,2	2,5	25,6	0,1	74,1	1 741
Primaire/alphabét.	10,3	10,7	57,1	2,7	39,9	3 757
Secondaire ou plus	44,1	56,9	87,2	32,9	8,7	2 451
Quintile de bien-être						
Le plus pauvre	3,0	0,6	28,0	0,0	70,8	1 700
Second	5,8	0,7	37,8	0,0	60,3	1 206
Moyen	7,2	2,3	55,3	0,4	42,8	1 466
Quatrième	17,0	20,4	73,8	6,4	23,1	1 531
Le plus riche	48,3	72,1	90,7	39,5	4,5	2 046
Ensemble	18,5	23,2	59,5	11,5	37,8	7 949

Tableau 3.4.2 Exposition des hommes aux médias

Pourcentage d'hommes qui, habituellement, lisent un journal, regardent la télévision et/ou écoutent la radio au moins une fois par semaine, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDSMD-III Madagascar 2003-2004

Caractéristique	Lit le journal au moins une fois par semaine	Regarde la télévision au moins une fois par semaine	Écoute la radio au moins une fois par semaine	Tous les trois médias	Aucun média	Effectif
Âge						
15-19	11,9	29,9	64,3	9,6	31,9	416
20-24	15,0	21,2	63,3	10,7	35,4	416
25-29	16,9	23,8	69,1	12,1	29,3	400
30-34	22,5	32,2	71,5	16,9	25,1	251
35-39	23,2	24,4	62,9	16,3	34,1	292
40-44	19,7	19,2	63,0	12,6	34,4	234
45-49	22,3	28,2	71,5	14,4	26,9	207
50-54	33,8	29,4	66,0	20,0	31,0	133
55-59	13,7	22,4	75,1	10,4	24,9	83
Milieu de résidence						
Capitale	75,9	87,1	96,9	69,0	0,3	152
Autres villes	21,0	51,7	83,2	16,6	13,9	427
Ensemble urbain	35,4	61,0	86,8	30,3	10,3	579
Rural	13,4	14,5	60,1	7,6	37,7	1 853
Province						
Antananarivo	35,7	47,9	82,5	30,3	15,4	792
Fianarantsoa	7,5	9,2	53,0	3,6	46,1	441
Toamasina	11,6	16,1	58,2	4,5	40,6	406
Mahajanga	12,3	16,9	62,8	6,0	31,2	314
Toliara	4,9	15,8	50,8	3,3	47,1	285
Antsiranana	19,3	19,6	77,4	7,6	18,4	195
Niveau d'instruction						
Sans instruction	0,1	1,6	34,5	0,1	65,3	394
Primaire/alphabét.	7,1	10,3	60,7	2,4	37,1	1 194
Secondaire ou plus	43,5	58,2	89,4	34,2	6,8	844
Quintile de bien-être						
Le plus pauvre	5,6	1,2	46,2	0,1	52,0	406
Second	3,8	4,4	43,0	0,3	55,5	478
Moyen	6,1	4,0	61,5	1,1	36,4	472
Quatrième	12,8	22,8	76,2	5,3	21,3	473
Le plus riche	53,5	77,8	94,9	47,4	1,3	602
Ensemble	18,6	25,5	66,4	13,1	31,1	2 432

3.5 ACTIVITÉ ÉCONOMIQUE

L'EDSMD-2003-2004 a collecté des informations relatives à l'emploi des femmes et des hommes. Selon la définition adoptée dans l'enquête, « a été *considérée comme ayant un emploi, toute personne ayant déclaré, au cours des douze mois ayant précédé l'enquête, une activité régulière ou non dans le secteur formel ou informel, avec une contrepartie financière ou non* ».

Les résultats concernant l'activité économique des enquêtés sont présentés aux tableaux 3.5.1 pour les femmes et 3.5.2 pour les hommes. On peut y lire que plus des trois quarts des femmes (79 %) travaillaient au moment de l'enquête. De plus, on constate que la proportion d'hommes ayant déclaré avoir une activité quelconque au moment de l'enquête est beaucoup plus élevée que celle des femmes (87 %).

Tableau 3.5.1 Emploi des femmes

Répartition (en %) des femmes selon qu'elles ont ou non un emploi et selon la durée de l'emploi, par certaines caractéristiques socio-démographiques, EDSMD-III Madagascar 2003-2004

Caractéristique	A travaillé dans les 12 mois précédant l'enquête		N'a pas travaillé les 12 mois précédant l'enquête	ND/NSP	Total	Effectif
	Travaille actuellement	Ne travaille pas actuellement				
Âge						
15-19	56,5	0,9	42,6	0,1	100,0	1 528
20-24	77,4	0,6	22,0	0,1	100,0	1 391
25-29	84,1	0,8	15,1	0,0	100,0	1 347
30-34	85,5	0,8	13,7	0,0	100,0	1 155
35-39	87,4	1,0	11,6	0,0	100,0	940
40-44	90,5	1,2	8,3	0,0	100,0	932
45-49	88,3	0,4	11,3	0,0	100,0	655
État matrimonial[1]						
Célibataire	55,9	0,9	43,1	0,1	100,0	1 693
En union	84,3	0,7	15,0	0,0	100,0	5 140
Divorcée/séparée/veuve	91,9	1,3	6,8	0,1	100,0	1 115
Nombre d'enfants vivants						
0	59,4	0,7	39,7	0,1	100,0	1 940
1-2	82,9	1,0	16,1	0,0	100,0	2 593
3-4	86,0	1,0	13,0	0,0	100,0	1 874
5 ou +	90,1	0,4	9,4	0,0	100,0	1 542
Milieu de résidence						
Capitale	57,1	0,9	42,0	0,0	100,0	466
Autres villes	65,7	1,1	33,1	0,1	100,0	1 509
Ensemble urbain	63,7	1,0	35,2	0,1	100,0	1 975
Rural	84,5	0,7	14,8	0,0	100,0	5 974
Province						
Antananarivo	70,5	1,1	28,3	0,1	100,0	2 671
Fianarantsoa	80,3	0,1	19,5	0,0	100,0	1 599
Toamasina	85,8	0,9	13,2	0,0	100,0	1 196
Mahajanga	84,7	0,7	14,7	0,0	100,0	987
Toliara	87,6	1,1	11,3	0,0	100,0	957
Antsiranana	80,7	0,7	18,6	0,0	100,0	539
Niveau d'instruction						
Sans instruction	91,4	0,3	8,3	0,0	100,0	1 741
Primaire/Alphabét.	85,1	0,8	14,1	0,0	100,0	3 757
Secondaire ou plus	61,8	1,1	37,0	0,1	100,0	2 451
Quintile de bien-être						
Le plus pauvre	97,6	0,5	1,9	0,0	100,0	1 700
Second	88,4	0,4	11,2	0,0	100,0	1 206
Moyen	88,8	0,4	10,8	0,0	100,0	1 466
Quatrième	70,4	0,9	28,7	0,0	100,0	1 531
Le plus riche	58,6	1,6	39,7	0,1	100,0	2 046
Ensemble	79,3	0,8	19,9	0,0	100,0	7 949

[1] Y compris 1 cas pour lequel l'état matrimonial n'est pas déterminé.

Tableau 3.5.2 Emploi des hommes

Répartition (en %) des hommes selon qu'ils ont ou non un emploi et selon la durée de l'emploi, par certaines caractéristiques socio-démographiques, EDSMD-III Madagascar 2003-2004

Caractéristique	A travaillé dans les 12 mois précédant l'enquête		N'a pas travaillé les 12 mois précédant l'enquête	ND/NSP	Total	Effectif
	Travaille actuellement	Ne travaille pas actuellement				
Âge						
15-19	56,7	1,4	41,7	0,3	100,0	416
20-24	79,2	2,3	18,5	0,0	100,0	416
25-29	96,6	1,4	2,1	0,0	100,0	400
30-34	97,4	2,1	0,5	0,0	100,0	251
35-39	99,0	0,8	0,2	0,0	100,0	292
40-44	97,6	1,8	0,6	0,0	100,0	234
45-49	98,6	0,6	0,8	0,0	100,0	207
50-54	90,0	4,7	5,3	0,0	100,0	133
55-59	94,7	3,9	1,4	0,0	100,0	83
État matrimonial[1]						
Célibataire	63,5	2,0	34,4	0,2	100,0	759
En union	97,8	1,5	0,7	0,0	100,0	1527
Divorcé/séparé/veuf	96,1	3,2	0,7	0,0	100,0	145
Nombre d'enfants vivants						
0	69,3	1,7	28,8	0,1	100,0	902
1-2	97,5	1,9	0,6	0,0	100,0	594
3-4	97,3	1,5	1,2	0,0	100,0	472
5 ou +	97,5	1,9	0,6	0,0	100,0	464
Milieu de résidence						
Capitale	73,7	4,1	21,9	0,3	100,0	152
Autres villes	78,5	3,3	18,0	0,2	100,0	427
Ensemble urbain	77,3	3,5	19,0	0,2	100,0	579
Rural	90,0	1,2	8,7	0,0	100,0	1 853
Province						
Antananarivo	84,6	2,2	13,2	0,1	100,0	792
Fianarantsoa	85,3	1,8	12,8	0,2	100,0	441
Toamasina	92,8	0,9	6,3	0,0	100,0	406
Mahajanga	88,9	3,3	7,8	0,0	100,0	314
Toliara	84,0	1,1	14,9	0,0	100,0	285
Antsiranana	89,8	0,3	9,9	0,0	100,0	195
Niveau d'instruction						
Sans instruction	94,2	1,0	4,8	0,0	100,0	394
Primaire/Alphabét.	92,2	1,5	6,2	0,0	100,0	1 194
Secondaire ou plus	76,2	2,4	21,2	0,1	100,0	844
Quintile de bien-être						
Le plus pauvre	93,3	1,6	5,1	0,0	100,0	406
Second	90,0	1,4	8,6	0,0	100,0	478
Moyen	90,5	1,0	8,6	0,0	100,0	472
Quatrième	91,7	1,4	6,9	0,0	100,0	473
Le plus riche	73,9	3,1	22,7	0,2	100,0	602
Ensemble	87,0	1,8	11,2	0,1	100,0	2 432

[1] Y compris 1 cas pour lequel l'état matrimonial n'est pas déterminé.

Les résultats selon les caractéristiques socio-démographiques des enquêtés laissent apparaître des variations. Tout d'abord en fonction de l'âge, on note que la proportion des femmes occupées augmente avec l'âge passant de 56 % à 15-19 ans à 91 % à 40-44 ans. Les résultats montrent ensuite que ce sont les femmes en rupture d'union qui travaillaient le plus fréquemment au moment de l'enquête (92 %) ; par comparaison, 56 % des célibataires étaient occupées pendant cette période. Par ailleurs, la proportion de femmes qui travaillaient augmente avec le nombre d'enfants vivants, passant de 59 % pour celles n'ayant pas d'enfant à 90 % pour celles en ayant cinq ou plus. En fonction du milieu de résidence, on note que c'est en milieu rural que la proportion de femmes qui travaillaient est la plus élevée (85 % contre 64 % dans l'ensemble urbain). Les résultats selon le niveau d'instruction font également apparaître des écarts puisque les proportions de femmes qui travaillaient varient d'un maximum de 91 % parmi celles sans instruction à un minimum de 62 % parmi celles ayant un niveau, au moins, secondaire. Enfin, les femmes vivant dans les ménages les plus pauvres travaillaient plus fréquemment que celles des ménages plus aisés.

Comme chez les femmes, les proportions d'hommes ayant un emploi augmentent avec l'âge, passant de 57 % à 15-19 ans, à 79 % à 20-24 ans ; à partir de cet âge, elles concernent au moins 95 % des hommes. Par contre, à la différence des femmes, ce sont les hommes en union qui étaient, proportionnellement, les plus nombreux à travailler, suivis de très près par ceux en rupture d'union (respectivement, 98 % et 96 %). Comme chez les femmes, ce sont les célibataires qui étaient les moins fréquemment actifs (64 %). La quasi-totalité des hommes du milieu rural travaillaient au moment de l'enquête contre 77 % en milieu urbain. De même que chez les femmes, les hommes sans instruction étaient plus fréquemment occupés que ceux de niveau primaire ou, au moins, secondaire (94 % contre 92 % et 76 %). Enfin, les résultats selon le niveau de bien-être du ménage montrent que c'est dans les ménages les plus pauvres que les hommes travaillaient le plus fréquemment (93 % contre 74 % pour le quintile le plus riche).

Aux enquêtés qui avaient déclaré travailler au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête, on a demandé de préciser le type d'emploi qu'ils exerçaient. Les résultats sont présentés aux tableaux 3.6.1 pour les femmes et 3.6.2 pour les hommes.

Dans l'ensemble, on peut voir que la plus grande partie des enquêtés, hommes et femmes, travaillaient dans le secteur agricole (71 % des hommes et 68 % des femmes). D'autre part, on note qu'une proportion non négligeable de femmes (16 %) et d'hommes (12 %) étaient employés dans le secteur des ventes et services.

Quel que soit leur état matrimonial, on constate que la majorité des femmes travaillaient dans le secteur agricole avec une proportion plus importante parmi les femmes en union (74 %). Les femmes en rupture d'union étaient proportionnellement plus nombreuses dans les services et le commerce (22 %). Bien entendu, la majorité des femmes résidant en milieu rural travaillaient dans l'agriculture (81 %) alors qu'en urbain, c'est plutôt dans les ventes et services (41 %) ou en tant que travailleur manuel non qualifié (11 %) que les femmes étaient employées. Enfin, les résultats montrent que la quasi-totalité des femmes sans instruction étaient employées dans l'agriculture (93 %) alors que 11 % des femmes de niveau au moins secondaire travaillaient comme cadre. De plus, la quasi-totalité des femmes des ménages les plus pauvres étaient employées dans l'agriculture contre seulement 6 % de celles qui vivent dans les ménages les plus riches.

Tableau 3.6.1 Occupation des femmes

Répartition (en %) des femmes ayant un emploi au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête par type d'occupation dans l'emploi actuel, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDSMD-III Madagascar 2003-2004

Caractéristique	Personnel d'encadrement/ technique/ de gestion	Employée	Ventes et services	Manuel qualifié	Manuel non qualifié	Agriculture	NSP/ND	Total	Effectif
Âge									
15-19	0,0	0,0	12,7	1,8	2,7	81,8	1,0	100,0	876
20-24	0,6	1,2	15,1	2,5	7,6	73,0	0,0	100,0	1 084
25-29	1,9	0,8	17,7	3,0	6,7	69,7	0,2	100,0	1 144
30-34	2,2	1,3	17,8	2,0	7,1	69,5	0,2	100,0	997
35-39	4,6	1,6	14,9	1,5	7,4	69,9	0,2	100,0	831
40-44	4,7	1,3	18,0	3,1	5,8	67,0	0,2	100,0	855
45-49	8,5	1,6	16,3	1,1	6,2	66,1	0,3	100,0	581
État matrimonial[1]									
Célibataire	2,4	1,8	19,4	2,3	8,9	64,0	1,2	100,0	962
En union	3,0	1,0	14,1	2,4	5,7	73,8	0,1	100,0	4 367
Divorcée/séparée/veuve	2,2	0,8	21,6	1,7	6,4	67,2	0,1	100,0	1 039
Nombre d'enfants vivants									
0	2,0	1,7	18,9	2,1	7,9	66,3	1,1	100,0	1 167
1-2	3,3	0,8	19,2	2,9	7,6	66,1	0,1	100,0	2 176
3-4	3,5	1,3	17,6	1,6	6,7	69,1	0,1	100,0	1 629
5 ou +	1,8	0,7	7,2	2,0	2,4	85,7	0,1	100,0	1 396
Milieu de résidence									
Capitale	10,7	7,6	52,7	2,4	24,5	1,7	0,4	100,0	271
Autres villes	6,5	1,6	37,4	2,6	7,9	43,0	1,2	100,0	1 007
Ensemble urbain	7,4	2,8	40,6	2,5	11,4	34,3	1,0	100,0	1 278
Rural	1,6	0,6	9,9	2,2	5,0	80,5	0,1	100,0	5 090
Province									
Antananarivo	4,6	2,7	26,0	4,0	15,3	47,1	0,3	100,0	1 914
Fianarantsoa	2,0	0,2	10,9	1,2	1,6	83,9	0,2	100,0	1 286
Toamasina	2,2	0,8	10,2	0,8	3,7	82,3	0,1	100,0	1 037
Mahajanga	1,9	0,3	14,2	2,3	4,0	76,6	0,8	100,0	842
Toliara	1,7	0,4	12,2	2,7	0,9	81,9	0,1	100,0	849
Antsiranana	2,6	0,1	13,1	0,2	1,5	82,4	0,1	100,0	439
Niveau d'instruction									
Sans instruction	0,0	0,0	5,4	1,0	1,0	92,6	0,0	100,0	1 598
Primaire/Alphabét.	0,1	0,0	13,3	2,2	4,1	80,3	0,1	100,0	3 228
Secondaire ou plus	11,3	4,4	33,1	3,6	16,4	30,2	1,0	100,0	1 542
Quintile de bien-être									
Le plus pauvre	0,0	0,0	0,3	0,4	0,1	99,2	0,0	100,0	1 667
Second	0,0	0,0	6,0	3,4	1,4	89,2	0,0	100,0	1 072
Moyen	1,0	0,1	4,1	0,8	2,3	91,6	0,1	100,0	1 307
Quatrième	2,4	0,8	24,2	3,8	8,1	60,0	0,7	100,0	1 091
Le plus riche	11,2	4,7	51,8	4,0	21,5	6,1	0,7	100,0	1 231
Ensemble	2,8	1,1	16,1	2,2	6,3	71,2	0,3	100,0	6 368

[1] Y compris 1 cas pour lequel l'état matrimonial n'est pas déterminé.

Tableau 3.6.2 Occupation des hommes

Répartition (en %) des hommes ayant un emploi au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête par type d'occupation dans l'emploi actuel, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDSMD-III Madagascar 2003-2004

Caractéristique	Personnel d'encadre-ment/ technique/ de gestion	Employée	Ventes et services	Manuel qualifié	Manuel non qualifié	Agriculture	NSP/ND	Total	Effectif
Âge									
15-19	1,8	0,0	10,5	2,1	4,9	80,6	0,1	100,0	242
20-24	0,4	0,2	13,7	9,5	5,0	71,2	0,0	100,0	339
25-29	0,7	1,0	14,8	8,4	6,4	66,9	1,8	100,0	391
30-34	4,4	1,7	15,4	6,7	5,4	65,1	1,3	100,0	250
35-39	7,4	2,6	8,2	11,4	5,8	63,4	1,3	100,0	292
40-44	4,2	2,9	11,3	11,2	1,2	68,7	0,4	100,0	232
45-49	7,8	4,8	6,4	7,7	4,4	65,2	3,8	100,0	205
50-54	3,9	3,5	8,6	12,8	9,8	58,3	3,1	100,0	126
55-59	9,0	7,4	5,9	7,1	0,8	65,6	4,2	100,0	82
État matrimonial[1]									
Célibataire	3,4	0,4	14,5	7,2	4,1	69,9	0,5	100,0	497
En union	3,4	2,6	10,8	9,2	5,5	66,7	1,8	100,0	1 516
Divorcé/séparé/veuf	6,5	1,3	8,7	5,8	3,3	73,9	0,5	100,0	144
Nombre d'enfants vivants									
0	3,1	0,4	14,2	7,1	6,3	68,4	0,6	100,0	641
1-2	4,4	2,4	11,6	11,0	5,9	63,5	1,1	100,0	591
3-4	3,6	2,9	14,5	8,5	4,6	63,4	2,6	100,0	466
5 ou +	3,6	2,9	4,4	7,4	2,7	77,4	1,7	100,0	461
Milieu de résidence									
Capitale	9,3	7,0	36,8	28,3	12,7	2,2	3,7	100,0	118
Autres villes	6,8	5,8	17,9	17,6	8,0	40,6	3,2	100,0	350
Ensemble urbain	7,5	6,1	22,7	20,4	9,2	30,9	3,3	100,0	468
Rural	2,6	0,9	8,4	5,3	3,9	78,1	0,9	100,0	1 691
Province									
Antananarivo	6,6	3,7	17,9	16,1	7,8	45,4	2,5	100,0	687
Fianarantsoa	1,8	1,1	9,4	4,7	2,0	80,4	0,6	100,0	384
Toamasina	2,6	0,9	8,2	5,4	3,2	79,5	0,1	100,0	380
Mahajanga	1,5	0,9	5,7	3,9	10,2	75,4	2,3	100,0	289
Toliara	2,5	2,7	15,0	7,2	1,7	69,4	1,5	100,0	242
Antsiranana	3,6	0,6	2,3	3,5	1,0	89,0	0,0	100,0	175
Niveau d'instruction									
Sans instruction	0,3	0,0	8,7	0,8	2,1	88,1	0,0	100,0	375
Primaire/Alphabét.	0,1	0,1	6,3	6,2	3,5	83,7	0,1	100,0	1 120
Secondaire ou plus	11,6	6,3	21,7	16,9	9,3	29,9	4,4	100,0	664
Quintile de bien-être									
Le plus pauvre	0,3	0,0	2,3	1,6	0,3	95,3	0,2	100,0	386
Second	0,0	0,0	7,2	0,3	1,2	91,3	0,0	100,0	437
Moyen	1,2	0,0	3,4	3,0	3,8	88,5	0,0	100,0	431
Quatrième	2,2	2,3	11,6	10,8	6,9	65,1	1,0	100,0	440
Le plus riche	13,5	7,1	30,5	24,9	11,9	6,6	5,4	100,0	464
Ensemble	3,7	2,0	11,5	8,5	5,0	67,9	1,4	100,0	2 159

[1] Y compris 1 cas pour lequel l'état matrimonial n'est pas déterminé.

Comme pour les femmes, la majorité des hommes avaient un emploi dans le secteur agricole ; ceux qui sont en rupture d'union étaient proportionnellement plus nombreux que les autres à travailler dans ce secteur (74 % contre 67 % pour ceux en union et 70 % pour les célibataires). Par contre, on note que ce sont les célibataires qui ont le plus fréquemment déclaré avoir un emploi dans le secteur des ventes et services (15 %). De même que chez les femmes, les hommes sans instruction et ayant un niveau primaire étaient plus fréquemment employés dans le secteur agricole que ceux qui sont plus instruits (88 % et 84 % contre 30 % pour le niveau au moins secondaire). À l'opposé, parmi les hommes ayant un niveau secondaire ou plus, 22 % travaillaient dans les ventes et services et 17 % occupaient un emploi manuel qualifié.

3.6 STATUT DE LA FEMME

Les constructions culturelles liées au genre et à la sexualité définissent le rôle des hommes et des femmes dans la société et ont un impact très important sur leur comportement. L'incorporation de la dimension genre est désormais nécessaire pour assurer la réussite de tout programme dans le domaine de la santé et de la population. À l'EDSM-III, le pouvoir de décision de la femme au sein du ménage, son droit à disposer de l'argent gagné et son opinion concernant l'adhésion ou le rejet de certains rôles traditionnels ont été choisi comme critère d'évaluation du statut de la femme à Madagascar. Les résultats sont présentés dans cette partie.

3.6.1 Utilisation du revenu et contribution aux dépenses du ménage

Le pouvoir de décision concernant l'utilisation du revenu de la femme est considéré comme l'un des indicateurs du statut de la femme. En effet, il permet de mesurer son niveau d'autonomie financière. Pour en obtenir une évaluation, on a demandé, au cours de l'enquête, aux femmes qui avaient travaillé au cours des 12 derniers mois et qui avaient gagné de l'argent, qui décidait de l'utilisation de cet argent. Les résultats montrent que moins de la moitié des femmes (47 %) décident seules de l'utilisation de l'argent qu'elles gagnent. En outre, dans 42 % des cas, on constate que cette décision est prise conjointement avec quelqu'un et dans 12 % des cas, la femme n'est pas impliquée dans la décision (tableau 3.7).

Les résultats selon les différentes variables socio-démographiques font apparaître certaines disparités. Selon l'âge, on constate, ce qui n'est pas surprenant, que les jeunes femmes de 15-19 ans et, dans une moindre mesure celles de 20-24 ans, sont celles qui décident le moins fréquemment seules de l'utilisation de l'argent qu'elles gagnent (respectivement, 38 % et 42 %). En fonction de leur statut matrimonial, les femmes n'ont pas le même niveau d'implication dans la décision d'utilisation de l'argent gagné : en effet, ce sont les femmes en rupture d'union (90 %) qui décident le plus fréquemment seules de la façon dont sera dépensé l'argent gagné. À l'opposé, les femmes mariées sont celles qui ont le moins d'autonomie : 32 % décident seules mais, dans une proportion relativement élevée (57 %), ces femmes décident avec quelqu'un d'autre. En ce qui concerne les célibataires, on note que près des deux tiers (64 %) décident seules mais que dans 25 % des cas, c'est une autre personne seule qui décide.

Selon le milieu de résidence, on constate que les femmes du milieu urbain disposent d'un plus grand pouvoir de décision concernant l'argent qu'elles gagnent puisque 58 % contre 43 % en rural ont déclaré décider de la manière dont elles utilisaient leur argent. De plus, en rural, plus d'une femme sur dix (13 %) laisse à un tiers la décision concernant l'utilisation de l'argent qu'elle. Dans les provinces, il y a aussi des écarts : celles de Fianarantsoa (38 %) et d'Antsiranana (46 %) se caractérisent par les proportions les plus faibles de femmes qui décident seules de l'utilisation de l'argent qu'elles gagnent. Dans ces provinces, dans respectivement 18 % et 24 % des cas, c'est une autre personne seule qui décide de l'utilisation de l'argent gagné par la femme. À l'opposé, les femmes des provinces d'Antananarivo (50 %) et de Toliara (54 %) sont celles qui disposent le plus fréquemment d'une certaine autonomie quant à la façon d'utiliser leur argent.

Tableau 3.7 Décision de l'utilisation du revenu et contribution aux dépenses du ménage

Répartition (en %) des femmes ayant travaillé au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête qui gagnent de l'argent selon la personne qui décide de son utilisation et selon la proportion dépensée pour les charges du ménage et certaines caractéristiques socio-démographiques, EDSMD-III Madagascar 2003-2004

	Personne qui décide de l'utilisation du revenu					Dépenses du ménage couvertes par le revenu de la femme						
Caractéristique	Enquêtée toute seule	Conjointement avec quelqu'un	Autre personne décide seule	ND	Total	Pratiquement aucune/ Aucune	Moins de la moitié	Moitié ou plus	Toutes	ND	Total	Effectif
Âge												
15-19	38,3	30,4	31,3	0,1	100,0	16,6	20,6	30,2	32,7	0,0	100,0	447
20-24	41,9	43,1	15,0	0,0	100,0	8,2	19,3	38,5	33,9	0,0	100,0	678
25-29	44,1	43,8	11,7	0,4	100,0	6,5	13,5	42,9	37,1	0,0	100,0	746
30-34	47,1	47,6	5,3	0,0	100,0	2,8	13,0	36,8	47,4	0,0	100,0	631
35-39	50,9	40,4	8,7	0,0	100,0	4,8	11,0	39,5	44,7	0,0	100,0	500
40-44	53,8	41,0	5,2	0,0	100,0	3,3	10,4	38,4	47,6	0,2	100,0	540
45-49	53,6	40,6	5,8	0,1	100,0	2,0	8,7	35,8	53,4	0,0	100,0	373
État matrimonial[1]												
Célibataire	64,3	11,0	24,8	0,0	100,0	22,5	20,2	25,2	32,0	0,0	100,0	587
En union	32,4	57,3	10,2	0,1	100,0	3,1	13,1	43,8	40,0	0,1	100,0	2 684
Divorcée/séparée/veuve	90,1	4,2	5,7	0,0	100,0	4,8	12,4	25,2	57,7	0,0	100,0	643
Nombre d'enfants vivants												
0	51,7	26,7	21,6	0,0	100,0	17,7	22,9	30,1	29,2	0,0	100,0	705
1-2	50,5	37,8	11,4	0,3	100,0	4,0	13,0	42,5	40,4	0,0	100,0	1 447
3-4	45,9	46,4	7,7	0,0	100,0	2,9	11,5	38,0	47,6	0,0	100,0	1 032
5 ou +	35,0	57,0	8,0	0,0	100,0	4,4	11,2	36,5	47,7	0,2	100,0	729
Milieu de résidence												
Capitale	56,1	39,9	4,1	0,0	100,0	9,0	12,4	35,5	43,2	0,0	100,0	266
Autres villes	58,1	34,1	7,7	0,1	100,0	8,6	14,3	34,8	42,3	0,0	100,0	766
Ensemble urbain	57,6	35,6	6,8	0,1	100,0	8,7	13,8	35,0	42,5	0,0	100,0	1 032
Rural	42,7	43,8	13,4	0,1	100,0	5,4	14,1	39,1	41,4	0,0	100,0	2 882
Province												
Antananarivo	50,3	41,4	8,3	0,0	100,0	7,8	10,5	38,4	43,3	0,0	100,0	1 381
Fianarantsoa	37,9	44,6	17,5	0,0	100,0	12,2	21,0	31,7	35,0	0,0	100,0	637
Toamasina	53,4	35,5	11,0	0,0	100,0	1,8	5,1	34,3	58,8	0,0	100,0	625
Mahajanga	33,8	57,4	8,7	0,1	100,0	1,5	7,9	44,7	45,7	0,2	100,0	558
Toliara	54,1	34,0	11,2	0,7	100,0	4,2	29,3	41,9	24,5	0,0	100,0	474
Antsiranana	46,2	29,4	24,3	0,1	100,0	8,0	23,8	38,2	29,9	0,0	100,0	240
Niveau d'instruction												
Sans instruction	37,5	44,5	18,1	0,0	100,0	5,6	16,7	32,2	45,2	0,2	100,0	737
Primaire/Alphabét.	43,4	43,1	13,3	0,2	100,0	5,6	13,3	37,5	43,6	0,0	100,0	1 891
Secondaire ou plus	56,6	37,8	5,5	0,0	100,0	7,6	13,6	42,0	36,8	0,0	100,0	1 285
Quintile de bien-être												
Le plus pauvre	32,6	52,4	14,6	0,4	100,0	5,0	20,7	39,7	34,6	0,0	100,0	767
Second	42,1	41,3	16,5	0,0	100,0	2,9	12,8	34,9	49,2	0,3	100,0	498
Moyen	38,4	45,6	16,0	0,0	100,0	4,7	10,9	33,3	51,1	0,0	100,0	707
Quatrième	50,3	41,3	8,3	0,0	100,0	5,2	13,2	38,5	43,1	0,0	100,0	757
Le plus riche	60,2	32,6	7,2	0,0	100,0	10,1	12,7	40,6	36,6	0,0	100,0	1 184
Ensemble	46,6	41,6	11,6	0,1	100,0	6,3	14,1	38,0	41,7	0,0	100,0	3 914

[1] Y compris 1 cas pour lequel l'état matrimonial n'est pas déterminé.

Les résultats selon le niveau d'instruction révèlent aussi des différences. Il semble que plus les femmes sont instruites, plus elles décident seules ou conjointement avec quelqu'un d'autre : en effet seulement 6 % des femmes ayant un niveau d'instruction secondaire ou plus laissent à quelqu'un d'autre seul la décision d'utiliser l'argent qu'elles gagnent contre 18 % quand les femmes n'ont pas d'instruction et 13 % quand elles ont un niveau d'instruction primaire.

Dans le partage traditionnel des rôles, c'est à l'homme que revient la responsabilité de pourvoir économiquement aux besoins du ménage. À partir du moment où les revenus des femmes jouent un rôle dans l'économie du ménage, leur contribution économique devient effective. Durant l'enquête, pour évaluer l'importance de cette contribution économique des femmes dans la vie du ménage, on a posé aux enquêtées ayant effectué un travail rémunéré au cours des 12 derniers mois la question suivante : « En général, quelle part des dépenses du ménage est payée par ce que vous gagnez : *« Rien/presque rien »*, *« Moins de la moitié »*, *« Au moins la moitié »*, *« Tout »*. On constate, toujours au tableau 3.7, que 42 % des femmes qui gagnent de l'argent couvrent la totalité des dépenses du ménage avec leurs revenus. Plus d'un tiers (38 %) consacre ses revenus pour en payer au moins la moitié et dans 14 % des cas, les femmes utilisent ce qu'elles gagnent pour couvrir moins de la moitié des frais du ménage. Enfin, seulement 6 % des femmes ne contribuent pas du tout aux dépenses du ménage. Il semble, en fonction de l'âge, que plus les femmes vieillissent, plus elles contribuent à couvrir la totalité des dépenses du ménage, la proportion passant de 37 % à 25-29 ans à 53 % à 45-49 ans. Par ailleurs, les résultats montrent que, selon l'état matrimonial, ce sont les femmes en rupture d'union qui couvrent le plus fréquemment la totalité des dépenses du ménage avec leurs revenus.

De plus, plus les femmes ont d'enfants, plus elles ont tendance à consacrer leurs revenus pour couvrir la totalité des dépenses du ménage. Les résultats selon le milieu de résidence ne font pas apparaître d'écarts importants ; Par contre, selon les provinces, on peut remarquer des disparités : plus de la moitié (59 %) des femmes de la province de Toamasina ont déclaré couvrir la totalité des dépenses du ménage avec leurs gains contre seulement 25 % dans celle de Toliara. On peut également souligner que les femmes les plus instruites sont celles qui consacrent le moins fréquemment leurs revenus pour payer tous les frais du ménage (37 % contre 45 % pour celles des ménages les plus pauvres).

3.6.2 Contrôle du revenu des femmes

Le tableau 3.8 présente la répartition des femmes qui gagnent de l'argent selon la personne qui décide de son utilisation et selon la part des dépenses du ménage qui est couverte par le revenu de la femme. Les résultats sont présentés selon l'état matrimonial de la femme. On constate tout d'abord que parmi les femmes en union, 32 % décident seules de l'utilisation de leurs gains, dans 57 % des cas, elles décident conjointement avec leur mari ; dans moins d'un pour cent des cas, les femmes ont décidé conjointement avec quelqu'un d'autre ; une très faible proportion (moins d'un pour cent) n'est pas impliquée dans la décision et enfin 9 % des femmes en union ont déclaré que c'est le mari seul qui décide. Par comparaison, parmi les femmes qui ne sont pas en union, une proportion nettement supérieure à celle en union (78 % contre 32 %) décide seule de l'utilisation de ses gains. Cependant, on remarque que dans 15 % des cas, les femmes qui ne sont pas en union ont laissé quelqu'un d'autre seul décider de la façon d'utiliser leur argent. D'autre part, les résultats montrent que quand les femmes en union contribuent à couvrir au moins la moitié ou même la totalité des dépenses du ménage, elles décident conjointement avec leur mari de l'utilisation de l'argent qu'elles gagnent (61 % et 56 %). Ces proportions sont plus faibles quand les femmes décident seules de l'utilisation de leurs revenus (29 % et 36 %). Ces résultats semblent montrer que plus la femme en union contribue de manière élevée aux dépenses du ménage, plus la décision d'utilisation de ses revenus est le fruit d'une décision conjointe, avec son mari.

Tableau 3.8 Contrôle du revenu des femmes

Répartition (en %) des femmes qui ont gagné de l'argent pour leur travail durant les 12 derniers mois selon la personne qui décide de son utilisation et l'état matrimoniale, et selon la proportion dépensée pour les charges du ménage, EDSMD-III Madagascar 2003-2004

Dépenses du ménage couvertes par le revenu de la femme	Actuellement en union								Pas en union					
	Seule	Conjointement avec le mari	Conjointement avec quelqu'un d'autre	Mari uniquement	Quelqu'un d'autre uniquement	ND	Total	Effectif	Seule	Conjointement avec quelqu'un d'autre	Quelqu'un d'autre uniquement	ND	Total	Effectif
Pratiquement aucune/Aucune	37,8	44,9	0,0	5,7	7,3	4,2	100,0	82	71,8	2,3	25,9	0,0	100,0	163
Moins de la moitié	32,1	50,8	0,0	16,4	0,6	0,1	100,0	351	73,6	15,2	11,2	0,0	100,0	198
Moitié ou plus	29,1	60,6	0,4	9,4	0,5	0,0	100,0	1 176	79,5	10,8	9,6	0,1	100,0	310
Toutes	35,6	56,0	0,3	7,3	0,8	0,0	100,0	1 072	80,0	4,3	15,7	0,0	100,0	559
Ensemble[1]	32,4	57,0	0,3	9,3	0,8	0,1	100,0	2 684	77,8	7,4	14,8	0,0	100,0	1 229

[1] Y compris 2 cas non-déterminés de contribution dans les dépenses chez les femmes en union.

3.6.3 Prise de décision dans le ménage

Pour évaluer le rôle et le niveau d'implication des femmes dans la prise de décision dans le ménage, on a posé des questions pour savoir qui, de l'enquêtée ou de quelqu'un d'autre, avait le dernier mot dans certaines décisions. Les résultats sont présentés selon le statut matrimonial de l'enquêtée.

Les résultats du tableau 3.9 ne font pas apparaître de différences très importantes en ce qui concerne le pouvoir de décision des femmes en fonction de leur statut matrimonial. En effet, chez les femmes en union, mise à part la décision concernant les achats quotidiens du ménage et la préparation du repas quotidien qui est prise en dernier ressort par respectivement 61 % et 78 % des femmes, les autres décisions sont prises conjointement avec le mari/partenaire ; chez les femmes non en union, on constate que quelle que soit la décision, dans environ la moitié des cas, la décision est prise en dernier ressort par quelqu'un d'autre uniquement.

Tableau 3.9 Participation des femmes dans la prise de décision

Répartition (en %) des femmes selon la personne qui a le dernier mot en ce qui concerne certaines prises de décision, selon l'état matrimonial et le type de décision, EDSMD-III Madagascar 2003-2004

	Actuellement en union								Pas en union					
Type de décision	Enquêtée seule	Conjointement avec le mari	Conjointement avec quelqu'un d'autre	Mari uniquement	Quelqu'un d'autre uniquement	Décision non prise/ne s'applique pas	Total	Effectif	Enquêtée seule	Conjointement avec quelqu'un d'autre	Quelqu'un d'autre uniquement	Décision non prise/ne s'applique pas	Total	Effectif
Propre soins de santé	27,5	57,2	1,0	12,4	1,7	0,1	100,0	5 140	41,5	8,5	49,2	0,8	100,0	2 809
Grands achats du ménage	13,9	68,2	1,1	14,9	1,8	0,2	100,0	5 140	36,9	9,6	52,5	0,9	100,0	2 809
Achats quotidiens du ménage	61,4	30,3	0,7	5,8	1,8	0,1	100,0	5 140	38,4	9,6	51,1	0,8	100,0	2 809
Visites à la famille ou les proches	12,6	73,3	1,4	9,2	1,7	1,9	100,0	5 140	37,5	10,7	50,7	0,9	100,0	2 809
Repas à préparer chaque jour	78,4	15,3	0,7	3,7	1,7	0,1	100,0	5 140	41,4	10,6	47,3	0,8	100,0	2 809

3.6.4 Opinion des femmes sur la violence conjugale

Au cours de l'enquête, on a demandé aux femmes si elles pensaient que pour certaines raisons qui étaient citées, il était justifié qu'un homme batte son épouse ou partenaire. Le tableau 3.10.1 présente les pourcentages de femmes qui sont d'accord avec certaines raisons justifiant qu'un mari batte sa femme. Ces résultats sont présentés en fonction de certaines caractéristiques socio-démographiques. Globalement, plus d'un quart des femmes (28 %) sont d'accord avec au moins une des raisons citées. Les résultats selon les caractéristiques socio-démographiques ne mettent pas en évidence d'écarts significatifs Tout au plus, peut-on souligner que c'est dans la capitale que les proportions de femmes d'accord avec au moins une des raisons est la plus faible (22 %) et que c'est dans les autres villes qu'elle est la plus élevé (33 %). Dans un quart des cas (25 %), les femmes pensent qu'il est justifié qu'un mari/partenaire batte son épouse quand celle-ci néglige les enfants ; en outre, 14 % pensent que ce comportement est justifié quand la femme sort sans avertir son mari/partenaire. En outre, pour une très faible proportion, ce comportement du mari/partenaire est justifié quand la femme refuse d'avoir des rapports sexuels avec lui (6 %) et quand elle discute ses ordres (3 %).

Des questions analogues ont été posées également aux hommes sur la violence conjugale et ceci dans le but de déterminer leur degré d'approbation de ce type de comportement et de connaître leur opinion concernant le rôle et les droits des femmes. Le tableau 3.10.2 présente la répartition des hommes qui approuvent certaines raisons spécifiques justifiant qu'un mari/partenaire batte sa femme/partenaire.

D'après les résultats, on constate que moins d'un homme sur dix (8 %), soit une proportion beaucoup plus faible que celle des femmes (28 %), pense que, pour au moins une des raisons citées, il est justifié qu'un mari/partenaire batte son épouse ou partenaire. Les proportions d'hommes qui approuvent, le plus fréquemment, ce type de comportement sont les jeunes de 20-24 ans (10 %), ceux qui sont en rupture d'union (10 %), les résidents en milieu rural (9 %), ceux des provinces de Toamasina et de Mahajanga (14 % dans les deux cas), les hommes sans instruction (9 %) et ceux qui ne travaillent pas ou qui travaillent pour de l'argent (9 % dans les deux cas).

Tableau 3.10.1 Approbation par les femmes de certaines raisons justifiant le fait qu'un mari batte son épouse

Pourcentage de femmes qui approuvent certaines raisons spécifiques justifiant qu'un mari/partenaire batte sa femme ou partenaire, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDSMD-III Madagascar 2003-2004

Caractéristique	Approuve qu'un mari batte sa femme si : Elle brûle le repas	Elle discute ses ordres	Elle sort sans lui dire	Elle néglige les enfants	Elle refuse d'avoir des rapports sexuels avec lui	D'accord avec au moins une des raisons mentionnées	Effectif
Âge							
15-19	9,9	3,5	16,3	27,3	6,1	31,1	1 528
20-24	8,6	3,6	16,3	26,9	5,1	30,4	1 391
25-29	8,3	3,1	12,5	23,4	4,6	25,4	1 347
30-34	8,2	3,8	15,8	25,6	6,6	28,9	1 155
35-39	5,9	2,7	13,2	22,2	5,0	25,7	940
40-44	8,3	3,0	13,1	24,1	6,8	27,3	932
45-49	7,6	2,8	10,5	21,9	3,8	24,0	655
État matrimonial[1]							
Célibataire	7,7	2,9	15,7	25,0	4,4	27,8	1 693
En union	8,5	3,4	14,0	25,1	5,6	28,1	5 140
Divorcée/séparée/veuve	8,4	3,1	14,2	24,0	6,7	28,2	1 115
Nombre d'enfants vivants							
0	8,1	2,9	14,2	24,9	4,4	28,0	1 940
1-2	7,9	2,8	13,9	22,9	5,0	25,9	2 593
3-4	8,0	2,8	13,7	24,4	5,7	27,6	1 874
5 ou +	9,8	5,1	16,2	28,8	7,5	32,3	1 542
Milieu de résidence							
Capitale	3,7	1,2	11,3	20,2	2,9	21,8	466
Autres villes	10,0	3,5	17,4	29,2	7,6	33,1	1 509
Ensemble urbain	8,5	3,0	15,9	27,0	6,5	30,4	1 975
Rural	8,2	3,4	13,8	24,2	5,2	27,2	5 974
Province							
Antananarivo	8,1	2,8	15,6	24,6	5,7	27,4	2 671
Fianarantsoa	6,9	3,6	14,5	25,6	6,2	29,1	1 599
Toamasina	5,0	1,1	6,4	15,6	2,7	17,5	1 196
Mahajanga	14,6	7,1	21,8	27,2	6,6	29,8	987
Toliara	7,8	2,9	15,5	37,8	5,6	42,3	957
Antsiranana	10,2	3,0	9,6	17,9	6,4	23,1	539
Niveau d'instruction							
Sans instruction	8,6	3,5	12,7	24,7	6,4	28,8	1 741
Primaire/Alphabét.	8,3	3,9	14,5	24,8	5,9	28,1	3 757
Secondaire ou plus	8,1	2,2	15,4	25,2	4,1	27,4	2 451
Emploi							
Ne travaille pas	8,0	1,9	12,7	22,7	4,6	25,2	1 633
Travaille pour de l'argent	9,7	4,1	16,3	26,4	4,9	28,8	3 860
Ne travaille pas pour de l'argent	6,4	2,9	12,3	23,9	7,0	28,6	2 438
ND	3,0	0,0	21,0	32,1	4,8	43,7	18
Nombre de décisions finales pour la femme[2]							
0	8,9	2,3	15,5	24,7	5,1	28,8	1 355
1-2	7,2	1,3	11,9	33,4	4,7	36,5	523
3-4	10,3	4,1	17,7	30,2	7,9	34,0	1 146
5	7,8	3,5	13,5	22,8	5,2	25,5	4 925
Quintile de bien-être							
Le plus pauvre	8,2	3,5	16,2	30,1	7,0	34,2	1 700
Second	10,0	3,0	13,0	23,5	6,9	28,3	1 206
Moyen	8,5	4,5	12,2	23,9	5,4	26,5	1 466
Quatrième	9,4	4,1	18,2	27,4	5,4	29,8	1 531
Le plus riche	6,3	1,6	12,3	20,2	3,6	22,5	2 046
Ensemble	8,3	3,3	14,4	24,9	5,5	28,0	7 949

[1] Y compris 1 cas pour lequel l'état matrimonial n'est pas déterminé.
[2] Soit par elle-même ou conjointement avec d'autres

Tableau 3.10.2 Approbation par les hommes de certaines raisons justifiant le fait qu'un mari batte son épouse

Pourcentage d'hommes qui approuvent certaines raisons spécifiques justifiant qu'un mari/partenaire batte sa femme ou partenaire, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDSMD-III Madagascar 2003-2004

	Approuve qu'un mari batte sa femme si :						
Caractéristique	Elle brûle le repas	Elle discute ses ordres	Elle sort sans lui dire	Elle néglige les enfants	Elle refuse d'avoir des rapports sexuels avec lui	D'accord avec au moins une des raisons mentionnées	Effectif
Âge							
15-19	4,4	4,4	4,9	6,1	3,5	9,1	416
20-24	2,8	4,7	4,8	7,4	3,8	10,0	416
25-29	0,7	1,2	2,4	3,0	1,3	6,1	400
30-34	1,9	3,9	2,0	7,9	2,6	9,5	251
35-39	3,0	4,5	2,5	3,8	2,9	8,5	292
40-44	0,5	1,7	0,4	3,3	1,6	5,6	234
45-49	1,5	4,2	2,8	4,8	1,5	6,6	207
50-54	1,6	0,0	5,1	4,7	0,4	9,8	133
55-59	0,0	0,9	0,0	0,3	5,5	5,8	83
État matrimonial[1]							
Célibataire	3,3	3,8	4,6	5,8	2,9	8,2	759
En union	1,5	2,8	2,3	4,4	2,3	7,9	1 527
Divorcé/séparé/veuf	3,0	5,0	4,4	7,8	3,6	9,8	145
Nombre d'enfants vivants							
0	2,9	3,5	4,3	5,2	2,4	8,0	902
1-2	2,2	3,2	1,9	6,6	3,4	9,2	594
3-4	2,0	2,7	4,0	4,8	2,9	9,4	472
5 ou +	0,9	3,3	1,3	3,0	1,6	5,6	464
Milieu de résidence							
Capitale	1,1	2,3	3,8	5,2	1,2	6,4	152
Autres villes	2,2	2,5	3,1	5,7	3,2	7,0	427
Ensemble urbain	1,9	2,4	3,3	5,6	2,6	6,8	579
Rural	2,3	3,5	3,1	4,9	2,6	8,5	1 853
Province							
Antananarivo	1,5	2,4	2,1	3,6	2,0	5,9	792
Fianarantsoa	1,2	3,1	1,7	5,6	0,8	7,3	441
Toamasina	6,0	6,0	6,6	10,0	7,0	14,0	406
Mahajanga	2,0	4,9	4,3	7,4	3,7	14,0	314
Toliara	1,2	1,7	1,0	0,6	0,6	2,9	285
Antsiranana	0,8	0,8	4,3	2,3	0,7	5,0	195
Niveau d'instruction							
Sans instruction	3,2	5,7	4,5	5,7	2,7	9,3	394
Primaire/Alphabét.	2,3	2,8	2,9	5,0	2,5	8,2	1 194
Secondaire ou plus	1,5	2,8	2,8	4,8	2,6	7,4	844
Emploi							
Ne travaille pas	1,5	1,8	4,3	5,7	2,3	8,5	316
Travaille pour de l'argent	2,5	4,0	3,1	5,1	3,2	8,8	1 552
Ne travaille pas pour de l'argent	1,8	2,0	2,6	4,5	1,0	5,9	564
Nombre de décisions finales pour la femme							
0	3,2	3,5	5,0	5,1	3,4	8,8	488
1-2	4,2	5,1	6,2	9,1	4,3	13,0	397
3-4	1,0	2,2	1,4	2,5	0,8	5,3	1 132
5	2,3	4,0	2,6	8,2	4,9	10,3	416
Quintile de bien-être							
Le plus pauvre	1,6	2,5	2,7	2,5	2,4	6,0	406
Second	3,1	5,8	5,0	7,8	3,5	11,7	478
Moyen	2,6	3,5	3,4	6,3	2,2	8,5	472
Quatrième	2,7	1,6	2,1	5,1	2,9	8,0	473
Le plus riche	1,1	2,9	2,5	3,7	2,1	6,5	602
Ensemble	2,2	3,2	3,1	5,1	2,6	8,1	2 432

[1] Y compris 1 cas pour lequel l'état matrimonial n'est pas déterminé.

En outre, on constate que quelle que soit la raison, les hommes sont proportionnellement peu nombreux à approuver un comportement violent de la part du mari /partenaire à l'égard de son épouse, ce qui montre que les hommes reconnaissent aux femmes des droits au sein de la société et particulièrement dans la vie conjugale.

3.7 ATTITUDE DES FEMMES ENVERS LE REFUS D'AVOIR DES RAPPORTS SEXUELS AVEC LEUR MARI/PARTENAIRE

Du fait des rôles impartis et des droits assignés à chaque genre dans la plupart des sociétés, il est généralement peu admis qu'une épouse refuse d'avoir des rapports sexuels avec son mari. Pour évaluer le rejet ou l'adhésion des femmes à ces normes traditionnelles, on leur a demandé si elles pensaient qu'il était justifié que pour certaines raisons citées, une épouse/partenaire refuse d'avoir des rapports sexuels avec son mari/partenaire. Le tableau 3.11.1 présente les pourcentages de femmes qui approuvent certaines raisons justifiant qu'une femme refuse d'avoir des rapports sexuels avec son mari/partenaire. Près des trois quarts des femmes (73 %) sont d'accord avec toutes les raisons citées et considèrent donc que quelle que soit la raison, une femme a le droit de refuser d'avoir des rapports sexuels avec son mari/partenaire, ce qui dénote un rejet des normes traditionnelles qui définissent les rôles respectifs de chaque genre. À l'opposé, pour seulement 6 % des femmes, pour aucune raison, il ne peut être justifié qu'une femme refuse d'avoir des rapports sexuels avec son mari/partenaire. De manière paradoxale, cette adhésion à des normes traditionnelles est particulièrement répandue chez les jeunes filles de 15-19 ans (11 % contre 5 % à 45-49 ans) et chez les célibataires (8 % contre 5 % chez les femmes en rupture d'union) ; de même, les femmes du milieu rural (7 %), celles des provinces de Fianarantsoa (8 %), de Toamasina (9 %) et de d'Antsiranana (9 %) pensent que, dans aucune circonstance, il n'est justifié qu'une femme refuse d'avoir des rapports sexuels avec son mari/partenaire. En fonction du niveau d'instruction, on constate que plus la femme est instruite, plus elle pense que le refus des rapports sexuels dans certaines circonstances est justifié (62 % pour les femmes sans instruction contre 84 % pour celles ayant un niveau au moins secondaire). La variable emploi ne semble pas influencer de manière importante cette opinion. Par contre, le nombre de décisions auxquelles la femme est associée semble influencer l'opinion de la femme puisque 87 % des femmes impliquées dans 5 décisions pensent qu'une femme peut refuser d'avoir des rapports sexuels avec son mari quelle qu'en soit la raison contre 73 % quand la femme n'a été impliquée dans aucune décision.

En fonction des différentes raisons, on remarque que pour la quasi-totalité des femmes (90 %), il est justifié qu'une femme refuse d'avoir des rapports sexuels avec son mari quand elle vient d'accoucher, et dans 87 % des cas quand elle sait que son mari a des rapports sexuels avec d'autres femmes. En outre, dans 87 % des cas, les femmes admettent que cette attitude est justifiée quand la femme sait que son mari a une IST. Ce sont surtout les femmes ayant un niveau d'instruction au moins secondaire (97 %) celles du milieu urbain (93 %) et celles des ménages les plus riches qui sont le plus fréquemment d'accord avec cette opinion (96 %).

Du point de vue des droits de la femme en général, mais aussi du point de vue de la fécondité et de la santé reproductive, il est important que les femmes puissent contrôler leurs rapports sexuels. L'opinion des hommes vis-à-vis du refus de la femme d'avoir des rapports sexuels avec son mari/partenaire dans certaines circonstances permet d'évaluer les problèmes auxquels peuvent faire face les femmes qui essayent de contrôler leur activité sexuelle.

Tableau 3.11.1 Opinion des femmes concernant le refus d'avoir des rapports sexuels avec leur mari/partenaire

Pourcentage de femmes qui approuvent certaines raisons spécifiques justifiant qu'une femme refuse les rapports sexuels avec son mari ou partenaire, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDSMD-III Madagascar 2003-2004

	Approuve qu'une femme refuse d'avoir des rapports avec son mari quand :						
Caractéristique	Elle sait que son mari a une maladie sexuellement transmissible	Elle sait que son mari a des rapports avec d'autres femmes	Elle a accouché récemment	Elle est fatiguée ou pas d'humeur	D'accord avec toutes les raisons mentionnées	N'est d'accord avec aucune des raisons mentionnées	Effectif
Âge							
15-19	80,4	81,6	82,6	73,7	66,3	11,4	1 528
20-24	88,2	88,4	92,6	85,1	75,2	3,2	1 391
25-29	87,9	88,8	93,1	84,5	74,3	3,6	1 347
30-34	88,5	85,9	91,7	83,1	76,3	4,7	1 155
35-39	87,5	86,9	90,0	77,0	70,3	5,8	940
40-44	89,4	89,2	92,1	83,2	76,4	4,6	932
45-49	87,9	89,0	91,4	82,7	75,5	5,8	655
État matrimonial[1]							
Célibataire	84,3	84,5	86,9	78,1	71,9	8,4	1 693
En union	87,6	87,3	91,2	81,7	73,5	4,9	5 140
Divorcée/ séparée/ veuve	86,6	87,9	90,2	82,9	73,3	5,4	1 115
Nombre d'enfants vivants							
0	83,8	84,8	86,4	78,7	71,3	8,9	1 940
1-2	87,3	87,7	92,0	83,2	72,8	3,6	2 593
3-4	88,2	86,8	91,0	81,1	74,6	5,5	1 874
5 ou +	87,6	87,7	90,9	80,7	73,9	5,7	1 542
Milieu de résidence							
Capitale	95,9	95,5	94,4	86,9	82,8	1,7	466
Autres villes	91,4	90,2	92,6	82,5	76,6	3,8	1 509
Ensemble urbain	92,5	91,4	93,0	83,6	78,1	3,3	1 975
Rural	84,8	85,2	89,2	80,3	71,4	6,6	5 974
Province							
Antananarivo	92,7	91,4	92,2	82,9	78,1	3,3	2 671
Fianarantsoa	78,6	78,2	88,3	79,0	65,0	8,0	1 599
Toamasina	80,8	83,8	86,9	75,3	65,7	8,6	1 196
Mahajanga	85,8	90,3	91,4	86,1	78,7	6,2	987
Toliara	92,0	89,8	92,8	87,7	80,7	3,1	957
Antsiranana	86,6	84,1	85,7	70,6	64,8	8,9	539
Niveau d'instruction							
Sans instruction	76,0	80,0	85,1	76,5	62,2	9,7	1 741
Primaire/Alphabét.	85,3	84,9	88,6	79,2	71,1	6,7	3 757
Secondaire ou plus	96,5	94,5	96,1	87,3	83,8	1,5	2 451
Emploi							
Ne travaille pas	88,7	88,5	89,9	80,7	74,8	6,0	1 633
Travaille pour de l'argent	90,4	90,0	92,9	85,2	78,7	4,2	3 860
Ne travaille pas pour de l'argent	79,5	80,4	86,0	75,1	63,2	8,1	2 438
ND	98,7	98,7	100,0	54,2	54,2	0,0	18
Nombre de décisions finales pour la femme							
0	80,6	82,7	84,4	75,8	68,0	10,9	1 355
1-2	90,4	88,9	91,4	83,9	76,1	4,0	523
3-4	89,9	88,1	92,5	82,5	73,6	3,2	1 146
5	87,3	87,4	91,1	82,0	74,0	5,1	4 925
Nombre de raisons justifiant de battre son épouse							
0	85,8	85,8	89,7	80,4	72,5	6,6	5 721
1-2	87,2	87,8	89,8	81,6	72,2	4,2	1 634
3-4	94,6	93,5	95,6	85,9	79,8	1,2	483
5	94,3	93,4	94,6	88,7	87,1	3,3	111
Quintile de bien-être							
Le plus pauvre	80,4	80,4	87,5	80,0	68,1	8,1	1 700
Second	80,4	82,4	86,9	77,5	66,4	7,7	1 206
Moyen	82,2	84,2	86,8	75,1	65,7	7,6	1 466
Quatrième	90,5	89,0	91,4	82,7	76,5	5,0	1 531
Le plus riche	96,1	94,8	95,8	87,4	83,9	1,9	2 046
Ensemble	86,7	86,8	90,2	81,1	73,1	5,8	7 949

[1] Y compris 1 cas pour lequel l'état matrimonial n'est pas déterminé.

D'après les résultats du tableau 3.11.2, on constate que plus des trois quarts des hommes (79 %) sont d'accord avec toutes les raisons citées et considèrent donc que quelle que soit la raison, il est justifié qu'une femme refuse d'avoir des rapports sexuels avec son mari/partenaire. Cette proportion est légèrement supérieure à celle des femmes, ce qui semble montrer que les hommes malgaches sont moins attachés que les femmes à certains comportements traditionnels. En ce qui concerne les résultats selon les caractéristiques socio-économiques des hommes, on note que les hommes de la Capitale (93 %), ceux ayant un niveau secondaire ou plus (88 %), ceux vivant dans les ménages les plus riches (86 %), sont ceux qui pensent le plus fréquemment que, dans certaines circonstances, il est justifié qu'une femme refuse d'avoir des rapports sexuels avec son mari. En particulier, pour 90 % des hommes, il est admissible qu'une femme refuse d'avoir des rapports sexuels quand elle sait que son mari/partenaire a une maladie transmissible et de même, quand elle vient d'accoucher.

Les hommes qui n'admettent pas qu'une femme puisse refuser d'avoir des rapports sexuels avec son mari/partenaire, cela quelle qu'en soit la raison, sont particulièrement nombreux parmi les jeunes de 15-19 ans (15 %), les célibataires (10 %), les hommes sans enfants (9 %), ceux qui ne travaillent pas (11 %) et enfin parmi ceux qui vivent dans les ménages les plus pauvres (8 %).

Tableau 3.11.2 Opinion des hommes concernant le refus des femmes d'avoir des rapports sexuels avec leur mari/partenaire

Pourcentage d'hommes qui approuvent certaines raisons spécifiques justifiant qu'une femme refuse les rapports sexuels avec son mari ou partenaire, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDSMD-III Madagascar 2003-2004

	Approuve qu'une femme refuse d'avoir des rapports avec son mari quand :						
Caractéristique	Elle sait que son mari a une maladie sexuellement transmissible	Elle sait que son mari a des rapports avec d'autres femmes	Elle a accouché récemment	Elle est fatiguée ou pas d'humeur	D'accord avec toutes les raisons mentionnées	N'est d'accord avec aucune des raisons mentionnées	Effectif
Âge							
15-19	77,7	75,8	74,0	72,6	62,0	14,5	416
20-24	92,6	86,5	90,1	88,0	80,5	4,3	416
25-29	93,4	89,6	94,3	86,4	79,9	2,7	400
30-34	92,1	91,6	93,7	90,0	82,7	1,3	251
35-39	94,2	89,6	95,4	88,9	83,7	3,3	292
40-44	91,8	88,8	92,6	92,9	83,8	4,1	234
45-49	95,1	90,3	97,4	94,9	86,1	0,0	207
50-54	89,9	89,5	90,2	84,5	80,3	6,7	133
55-59	90,8	85,5	100,0	96,0	83,4	0,0	83
État matrimonial[1]							
Célibataire	84,7	80,5	80,7	80,0	71,2	10,1	759
En union	92,9	89,7	94,6	89,6	82,1	2,7	1 527
Divorcé/séparé/veuf	91,1	88,6	94,0	89,0	82,8	1,7	145
Nombre d'enfants vivants							
0	86,3	82,1	82,4	80,6	72,7	9,2	902
1-2	93,3	91,8	96,5	90,7	83,5	0,7	594
3-4	95,1	89,3	96,6	91,6	84,7	2,8	472
5 ou +	89,0	86,9	91,1	87,9	78,3	4,3	464
Milieu de résidence							
Capitale	97,4	94,9	97,0	95,2	93,0	2,1	152
Autres villes	93,9	88,3	93,3	88,4	81,5	3,7	427
Ensemble urbain	94,8	90,0	94,3	90,2	84,5	3,3	579
Rural	88,8	85,7	89,0	85,4	76,9	5,5	1 853
Province							
Antananarivo	96,7	94,1	95,0	91,7	88,5	2,1	792
Fianarantsoa	92,6	86,4	89,8	89,7	83,6	6,0	441
Toamasina	84,4	78,3	87,3	85,6	69,5	6,5	406
Mahajanga	89,7	84,2	85,1	71,2	63,2	3,9	314
Toliara	74,1	77,5	83,4	84,1	68,0	11,1	285
Antsiranana	95,6	92,9	96,1	89,0	87,6	3,8	195
Niveau d'instruction							
Sans instruction	80,1	75,3	83,4	81,1	63,4	6,8	394
Primaire/Alphabét.	88,7	85,5	87,4	84,7	77,2	6,4	1 194
Secondaire ou plus	97,2	93,8	97,4	91,8	88,1	2,1	844
Emploi							
Ne travaille pas	86,3	83,2	84,9	82,1	75,6	10,8	316
Travaille pour de l'argent	92,2	88,0	91,6	86,8	79,1	3,8	1 552
Ne travaille pas pour de l'argent	87,0	85,3	89,5	88,3	79,6	5,0	564
Quintile de bien-être							
Le plus pauvre	83,6	80,1	84,5	80,1	69,8	7,6	406
Second	86,1	84,7	86,1	84,0	73,8	6,5	478
Moyen	86,4	82,2	86,6	85,6	74,1	7,5	472
Quatrième	94,6	89,7	94,5	91,8	86,8	2,9	473
Le plus riche	97,5	94,1	97,0	89,6	86,1	1,6	602
Ensemble	90,2	86,7	90,3	86,6	78,7	5,0	2 432

[1] Y compris 1 cas pour lequel l'état matrimonial n'est pas déterminé.

FÉCONDITÉ 4

Jean Harvel RANDRIAMANJAKASOA et Soumaïla MARIKO

L'Enquête Démographique et de Santé est une des principales sources de données relatives à la fécondité. Les questions détaillées permettent de reconstituer l'histoire génésique des femmes et d'estimer les niveaux et tendances de la fécondité au niveau national, selon le milieu de résidence, la province et le niveau d'instruction. Lors de l'interview, l'enquêtrice pose des questions sur le nombre total d'enfants nés vivants de chaque femme en distinguant les garçons des filles, ceux qui vivent avec leur mère de ceux résidant ailleurs et ceux qui sont encore en vie de ceux déjà décédés. On suppose qu'en utilisant cette méthode, les risques d'oubli par les femmes seront réduits. L'enquêtrice reconstitue avec la femme, l'historique complet de ses naissances, en commençant par la plus ancienne et en enregistrant pour chacune d'entre elles le type de naissance (simple ou multiple), le sexe, la date de naissance, l'état de survie (vivant ou décédé). Pour les enfants encore en vie, l'enquêtrice enregistre l'âge et pour les enfants décédés, l'âge au décès. Après avoir posé ces questions, l'enquêtrice doit, pour s'assurer de la cohérence des données, confronter le nombre total d'enfants déclarés avec le nombre d'enfants obtenus à partir de l'historique des naissances.

4.1 NIVEAU DE LA FÉCONDITÉ ET FÉCONDITÉ DIFFÉRENTIELLE

Le tableau 4.1 présente les taux de fécondité des femmes par groupe d'âges selon le milieu de résidence. L'Indice Synthétique de Fécondité (ISF) qui est calculé à partir de ces taux de fécondité est un indicateur résumé du niveau actuel de la fécondité : en effet, il mesure le nombre moyen d'enfants qu'une femme aurait jusqu'à la fin de sa vie féconde si les conditions et le niveau actuel de la fécondité restaient invariables. Les taux présentés ici ont été calculés pour une courte période de trois années précédant l'enquête. La période de référence de trois années a été choisie afin de pouvoir fournir des indicateurs de fécondité les plus récents possibles et de disposer de suffisamment de cas afin de réduire les erreurs de sondage.

Le graphique 4.1, établi à partir des données du tableau 4.1, montrent que les taux de fécondité suivent un schéma classique que l'on observe généralement dans les pays à fécondité élevée : une fécondité qui est relativement précoce (150 ‰ à 15-19 ans) qui augmente rapidement pour atteindre son maximum à 20-24 ans (245 ‰), qui se maintient à un niveau relativement élevé à 30-34 ans (189 ‰) et qui, par la suite, décroît régulièrement. La fécondité des femmes malgaches demeure élevée puisque chaque femme donne naissance, en moyenne, à 5,2 enfants en fin de vie féconde.

De plus, les résultats font apparaître des différences très nettes de fécondité entre milieux de résidence. Les femmes du milieu urbain ont un niveau de fécondité nettement plus faible que celles du milieu rural (3,7 contre 5,7). En fin de vie féconde, les femmes du milieu rural donneront naissance à, en moyenne, 2 enfants de plus que celles du milieu urbain. Cette différence de niveau de fécondité s'observe à tous les âges. Par ailleurs, l'analyse différentielle des taux de fécondité met en évidence le cas particulier de la capitale ; en effet, à la différence des autres milieux, on constate que le maximum ne se situe pas à 20-24 ans mais à 25-29 ans ; de plus, la fécondité des adolescentes y est nettement plus faible qu'ailleurs et la courbe des taux de fécondité diminue très nettement à partir de 30–34 ans ; enfin, c'est dans la capitale que l'ISF est le plus faible (2,7). Ce schéma différent s'explique essentiellement par un contrôle de la fécondité par les femmes de la Capitale, notamment par un recours plus important aux méthodes modernes de planification familiale (cf. chapitre 5).

Tableau 4.1 Fécondité actuelle

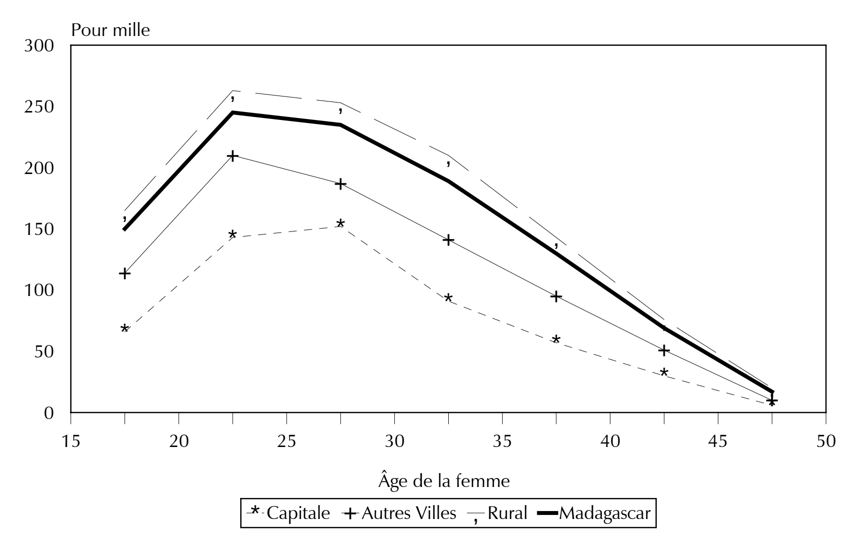
Taux de fécondité par âge, Indice Synthétique de Fécondité (ISF), Taux Global de Fécondité Générale (TGFG) et Taux Brut de Natalité (TBN) pour la période des trois années ayant précédé l'enquête, selon le milieu de résidence, EDSMD-III Madagascar 2003-2004

Groupe d'âges	Milieu de résidence: Capitale	Autres villes	Ensemble urbain	Rural	Ensemble
15-19	66	114	104	165	150
20-24	143	210	194	263	245
25-29	152	187	178	253	235
30-34	91	141	127	210	189
35-39	57	95	85	143	130
40-44	30	51	47	76	69
45-49	6	10	9	20	17
ISF 15-49 ans (pour 1 femme)	2,7	4,0	3,7	5,7	5,2
TGFG (pour 1 000)	98	142	131	196	180
TBN (pour 1 000)	22,8	30,5	28,7	37,2	35,3

Note : Les taux sont calculés pour la période de 1-36 mois avant l'enquête. Les taux à 45-49 ans peuvent être légèrement biaisés du fait de données incomplètes pour ce groupe d'âges.

ISF : Indice synthétique de fécondité pour les âges de 15-49 ans, exprimé pour une femme.
TGFG : Taux global de fécondité générale pour 1 000 femmes âgées de 15-49 ans.
TBN : Taux brut de natalité pour 1 000 individus.

Graphique 4.1 Taux de fécondité générale par âge selon le milieu de résidence



Bien que le niveau de la fécondité soit plus élevée en rural que dans les Autres Villes (ISF de 5,7 contre 4,0), l'allure des courbe représentant ces deux milieux est, à quelques nuances près, assez proche : elles traduisent une précocité de la fécondité ; un niveau maximum dès 20-24 ans (210 ‰ et 263 ‰ en milieu rural) et une fécondité toujours élevée à 30-34 ans (141 ‰ dans les autres villes et 210 ‰ en milieu rural).

Le tableau 4.2 et le graphique 4.2 présentent deux types d'indicateurs : l'ISF et le nombre moyen d'enfants par femme de 40-49 ans. On constate en premier lieu que l'ISF varie de manière sensible selon les caractéristiques socio-démographiques des femmes. En fonction du niveau d'instruction, on note des écarts importants, l'ISF variant d'un minimum de 3,4 chez les femmes de niveau d'instruction secondaire ou plus à un maximum de 6,6 chez celles sans instruction. Les résultats selon le quintile de bien-être mettent en évidence des écarts tout aussi importants puisque les femmes des ménages les plus pauvres ont, en fin de vie féconde, en moyenne, 6,6 enfants contre 3,0 chez celles des ménages les plus riches. Dans les provinces, on note également des écarts : ce sont les femmes de la province de Toliara qui ont le nombre moyen d'enfants le plus élevé (6,3) et celles d'Antananarivo le plus faible (4,2). Soulignons que Fianarantsoa qui, lors des précédentes EDS, se caractérisait par l'ISF le plus élevé, se situe actuellement en 3ième position avec un ISF de 5,7.

Tableau 4.2 Fécondité par caractéristiques socio-démographiques

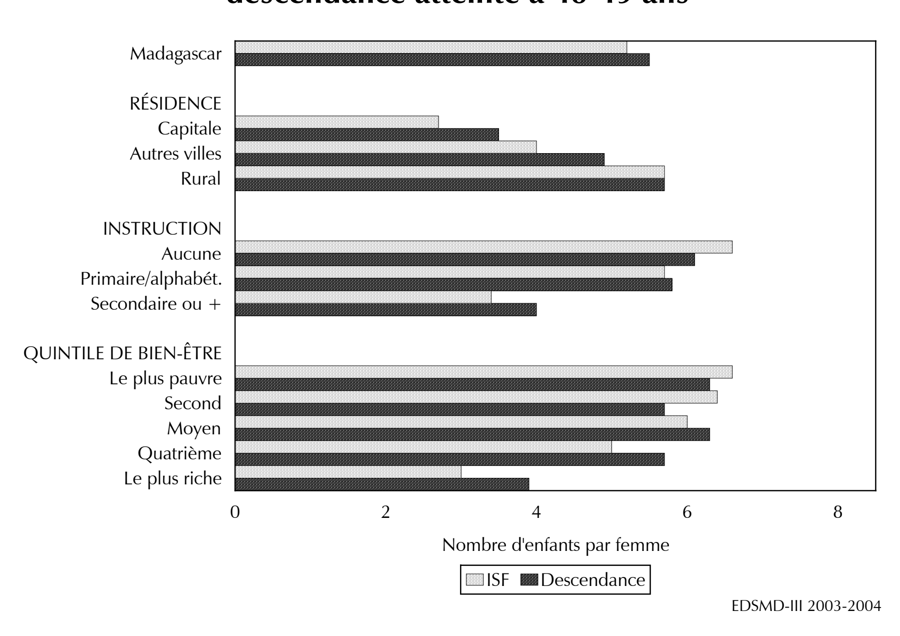
Indice Synthétique de Fécondité pour les trois années ayant précédé l'enquête, pourcentage de femmes actuellement enceintes et nombre moyen d'enfants nés vivants pour les femmes âgées de 40-49 ans, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDSMD-III Madagascar 2003-2004

Caractéristique	Indice Synthétique de Fécondité[1]	Pourcentage actuellement enceintes	Nombre moyen d'enfants nés vivants des femmes de 40-49
Milieu de résidence			
Capitale	2,7	5,8	3,5
Autres villes	4,0	7,1	4,9
Ensemble urbain	3,7	6,8	4,6
Rural	5,7	10,4	5,7
Province			
Antananarivo	4,2	7,7	4,8
Fianarantsoa	5,7	9,3	5,6
Toamasina	5,0	9,7	5,9
Mahajanga	6,1	11,6	5,9
Toliara	6,3	11,7	5,8
Antsiranana	4,8	10,9	6,3
Niveau d'instruction			
Sans instruction	6,6	11,2	6,1
Primaire/Alphabét.	5,7	10,1	5,8
Secondaire ou plus	3,4	7,5	4,0
Quintile de bien-être			
Le plus pauvre	6,6	12,3	6,3
Second	6,4	11,7	5,7
Moyen	6,0	11,8	6,3
Quatrième	5,0	6,8	5,7
Le plus riche	3,0	6,9	3,9
Ensemble	5,2	9,5	5,5

[1] Indice Synthétique de Fécondité pour les femmes âgées de 15-49 ans.

Au tableau 4.2 figure également le nombre moyen d'enfants nés vivants pour les femmes de 40-49 ans : ce nombre est assimilable à la descendance finale des femmes. À l'inverse de l'ISF (qui mesure la fécondité actuelle des femmes de 15-49 ans), ce nombre moyen est le résultat de la fécondité passée des femmes enquêtées qui atteignent la fin de leur vie féconde. Dans une population où la fécondité reste invariable, cette descendance tend à se rapprocher de l'ISF. Par contre, quand l'ISF est inférieur au nombre moyen d'enfants par femme en fin de vie féconde, cela indique une tendance à la baisse de la fécondité. À Madagascar, l'écart entre l'ISF (5,2) et la descendance (5,5) est très faible mais peut néanmoins suggérer une très légère baisse de la fécondité. Les résultats selon le milieu de résidence montrent que la baisse de la fécondité, bien que très légère, a concerné tous les milieux à l'exception du milieu rural où la fécondité est restée inchangée (ISF et descendance de 5,7). Les variations selon le niveau d'instruction, sont très faibles, et il faut souligner que parmi les femmes sans instruction, la fécondité n'a pas baissé mais a plutôt légèrement augmenté (ISF de 6,6 et descendance de 6,1). Dans les provinces, les écarts sont également très faibles et on observe même dans certaines provinces un ISF supérieur à la descendance.

***Graphique 4.2* Indice synthétique de fécondité et descendance atteinte à 40-49 ans**



4.2 TENDANCES DE LA FÉCONDITÉ

Madagascar a réalisé trois Enquêtes Démographiques et de Santé dont l'un des objectifs principaux, est d'estimer le niveau de la fécondité. Trois sources de données permettent donc de retracer les tendances de la fécondité (tableau 4.3 et graphique 4.3)

La comparaison des taux de fécondité entre les trois enquêtes montre que la fécondité n'a pratiquement pas varié entre les deux premières enquêtes : elle a même légèrement augmenté à 15-19 ans. Par contre, depuis 1997, date de la seconde enquête, on constate qu'à tous les âges les taux ont diminué, ce qui pourrait être le signe d'une baisse récente de la fécondité.

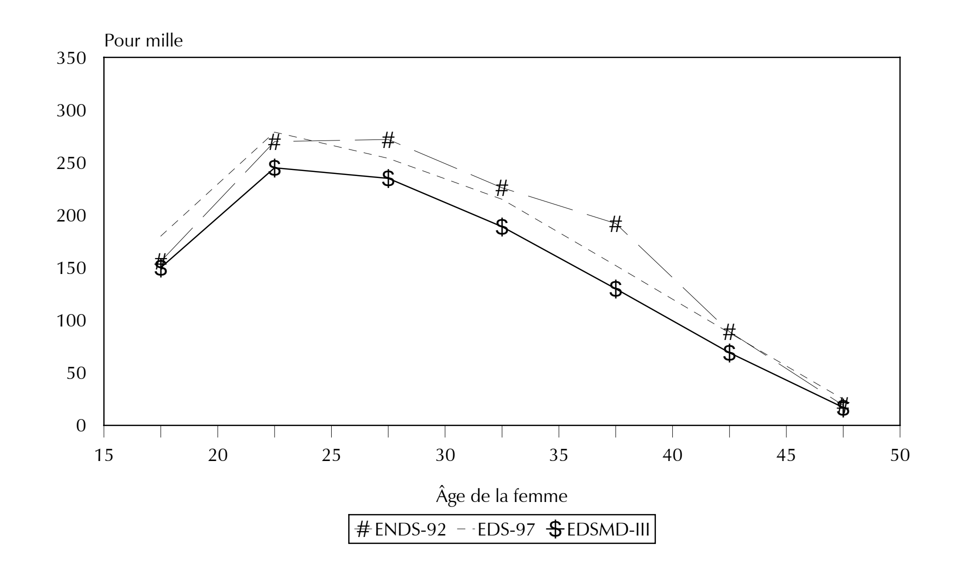
Tableau 4.3 Fécondité par âge selon trois sources

Taux de fécondité par âge et Indice Synthétique de Fécondité selon l'EDSMD-I (1992), l'EDSMD-II (1997), et l'EDSMD-III (2003-2004)

Groupe d'âges	ENDS 1992[1]	EDS 1997[2]	EDSMD-III 2003-2004
15-19	157	180	150
20-24	270	279	245
25-29	272	254	235
30-34	226	215	189
35-39	192	152	130
40-44	89	88	69
45-49	19	25	17
ISF 15-49 ans	6,1	6,0	5,2

Note: Taux de fécondité par groupe d'âges pour 1 000 femmes.
[1] Enquête Nationale Démographique et Sanitaire (ENDS) : Refeno et al., 1994
[2] Enquête Démographique et de Santé (EDS) : DDSS, 1998.

Graphique 4.3 **Taux de fécondité par âge selon l'ENDS-92, l'EDS-97, et l'EDSMD-III 2003-2004**



Les données collectées lors de l'EDSMD-III permettent également de retracer les tendances passées de la fécondité par période avant l'enquête, depuis les années 1980 (tableau 4.4 et graphique 4.4). On peut relever une certaine similarité dans l'allure des trois courbes retraçant les tendances : stabilité relative de la courbe pour les deux périodes les plus éloignées de l'enquête et baisse pour la période la plus proche de l'enquête. On constate une augmentation des taux pour la 2ième période avant l'enquête (7-11 ans avant l'enquête). On peut attribuer cette hausse à une surestimation des taux consécutive à un transfert des naissances, normalement attribuées à la période juste avant l'enquête, vers cette période, plutôt qu'à une hausse réelle de la fécondité. Cette baisse récente de la fécondité ne pourrait donc être, en partie, qu'artificielle. En fin de compte, on peut conclure de l'analyse de ces tendances que la fécondité a probablement baissé à Madagascar, mais moins qu'il n'y paraît.

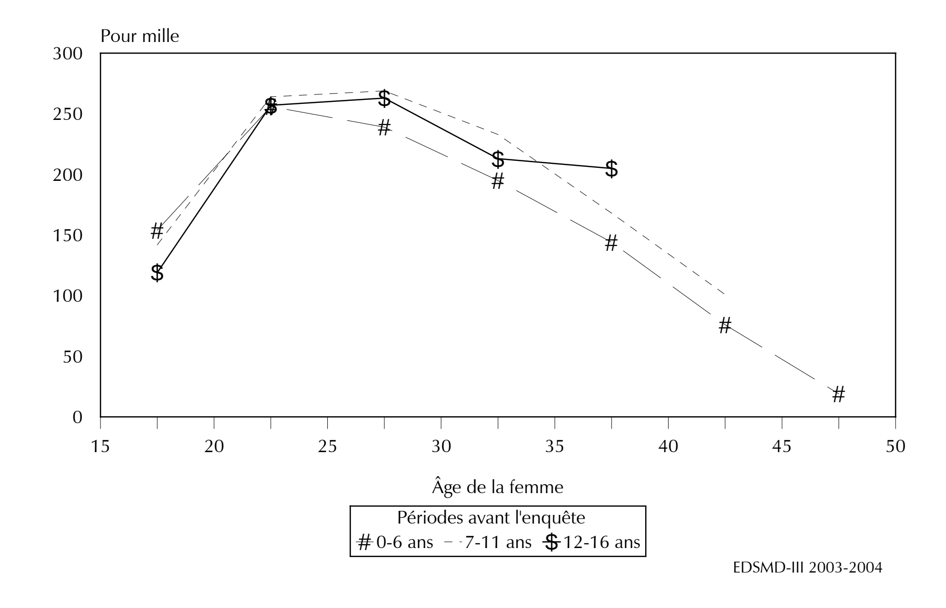
Tableau 4.4 Tendance de la fécondité par âge

Taux de fécondité par âge par période ayant précédé l'enquête, selon l'âge de la mère au moment de la naissance de l'enfant, EDSMD-III Madagascar 2003-2004

Groupe d'âges	Nombre d'années ayant précédé l'enquête 0-6	7-11	12-16
15-19	154,4	141,9	119,4
20-24	255,9	264,2	257,4
25-29	239,2	269,2	262,9
30-34	195,3	233,2	213,1
35-39	143,8	167,9	[205,2]
40-44	76,3	[100,9]	-
45-49	[19,4]	-	-

Note : Taux de fécondité par groupe d'âges pour 1 000 femmes. Les taux entre crochets sont calculés sur la base de données incomplètes.

Graphique 4.4 **Taux de fécondité par âge et par période de cinq ans précédant l'EDSMD-III (2003-2004)**



4.3 PARITÉ ET STÉRILITÉ PRIMAIRE

Le tableau 4.5 présente la répartition des femmes de chaque groupe d'âges selon le nombre d'enfants qu'elles ont mis au monde. On remarque un accroissement progressif du nombre moyen d'enfants selon l'âge des femmes tous états matrimoniaux confondus ; à 15-19 ans, le nombre moyen d'enfants par femme passe de 0,4 enfant à 15-19 ans à 1,5 à 20-24 ans et il atteint 3,6 à 30-34 ans et à 45-49 ans il est de 5,5. Le nombre moyen d'enfants à 45-49 ans qui correspond à la descendance finale des femmes est relativement plus faible si on le compare à celui de 1997 où cet indicateur était de 7,0. Les

résultats concernant les femmes actuellement en union ne sont guère différents de ceux relatifs à l'ensemble des femmes sauf aux jeunes âges. En effet, on constate qu'à 15-19 ans, près des deux tiers des jeunes filles en union (65 %) ont déjà eu au moins un enfant contre seulement 28 % parmi l'ensemble des femmes.

Par ailleurs, la proportion de femmes n'ayant toujours pas d'enfant en fin de vie féconde (45-49 ans) est considérée comme un indicateur du niveau de la stérilité primaire[1] ; celle-ci est estimée à 4,7 % en 2003 alors qu'elle était de 4 % lors de l'EDS-97.

Tableau 4.5 Enfants nés vivants et enfants survivants des femmes

Répartition (en %) de toutes les femmes et de celles actuellement en union par nombre d'enfants nés vivants, nombre moyen d'enfants nés vivants et nombre moyen d'enfants survivants, selon le groupe d'âges des femmes, EDSMD-III Madagascar 2003-2004

Groupe d'âges	Nombre d'enfants nés vivants											Total	Effectif	Nombre moyen d'enfants nés vivants	Nombre moyen d'enfants survivants
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 ou +				
	TOUTES LES FEMMES														
15-19	72,1	21,2	5,5	1,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	1 528	0,36	0,33
20-24	24,2	31,7	25,8	12,0	5,4	0,6	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	1 391	1,46	1,32
25-29	10,6	17,2	21,3	22,2	12,9	9,5	4,5	1,8	0,1	0,0	0,0	100,0	1 347	2,66	2,38
30-34	7,3	10,3	16,0	17,2	14,3	14,0	11,6	5,5	2,0	1,1	0,6	100,0	1 155	3,62	3,17
35-39	6,3	6,3	11,4	15,4	13,2	10,2	10,7	7,2	8,4	5,7	5,0	100,0	940	4,68	4,00
40-44	3,3	4,4	10,8	12,4	15,5	9,0	10,3	6,0	9,3	7,0	12,2	100,0	932	5,45	4,58
45-49	6,7	4,2	12,7	7,5	10,3	12,4	12,6	6,9	5,3	6,4	15,0	100,0	655	5,45	4,64
Ensemble	22,6	15,6	15,2	12,5	9,4	7,0	6,0	3,2	2,8	2,2	3,3	100,0	7 949	2,94	2,55
	FEMMES ACTUELLEMENT EN UNION														
15-19	34,7	47,0	14,8	3,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	416	0,87	0,82
20-24	10,1	31,3	33,8	15,8	7,5	1,0	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	875	1,84	1,65
25-29	5,4	14,9	21,6	24,0	14,3	11,8	5,5	2,3	0,2	0,0	0,0	100,0	1 028	2,97	2,66
30-34	6,5	8,8	14,3	15,8	15,7	14,6	13,4	6,5	2,3	1,4	0,8	100,0	905	3,86	3,38
35-39	5,4	4,0	10,1	15,8	11,4	10,4	12,1	8,8	10,0	6,3	5,7	100,0	758	5,01	4,27
40-44	2,7	2,4	9,3	12,3	15,5	9,0	11,9	6,3	9,0	7,5	14,2	100,0	708	5,78	4,89
45-49	4,7	2,8	9,0	7,3	8,1	14,4	13,2	7,1	6,0	7,9	19,3	100,0	450	6,11	5,22
Ensemble	8,3	14,8	17,4	15,2	11,4	9,1	8,1	4,4	3,7	2,9	4,6	100,0	5 140	3,73	3,23

4.4 INTERVALLE INTERGÉNÉSIQUE

L'intervalle intergénésique, c'est-à-dire l'intervalle séparant la naissance d'un enfant de la naissance précédente a une influence sur son état de santé et sur celui de sa mère. Les intervalles inférieurs à 24 mois font courir des risques accrus de maladies à l'enfant et à la mère et augmentent leurs risques de décéder.

[1] Stérilité primaire : la stérilité primaire (ou totale) est l'incapacité totale de procréer alors que la stérilité secondaire (ou partielle) est l'incapacité de procréer un nouvel enfant après avoir donné naissance à au moins un enfant. (cf. Gendreau, 1993 : 286).

Le tableau 4.6 présente la répartition des naissances des 5 années ayant précédé l'enquête selon le nombre de mois écoulés depuis la naissance précédente et diverses caractéristiques socio-démographiques ; on constate que seulement 10 % des naissances surviennent à moins de 18 mois après la naissance précédente ; en 1997, la proportion correspondante atteignait 13 %. Un peu moins du quart des enfants (24 %) sont nés à moins de 24 mois après leur aîné, 34 % des naissances se produisent entre 2 et 3 ans après les précédentes, 21 % entre 3 et 4 ans et 22 % à plus de 4 ans d'intervalle. La durée

Tableau 4.6 Intervalle intergénésique

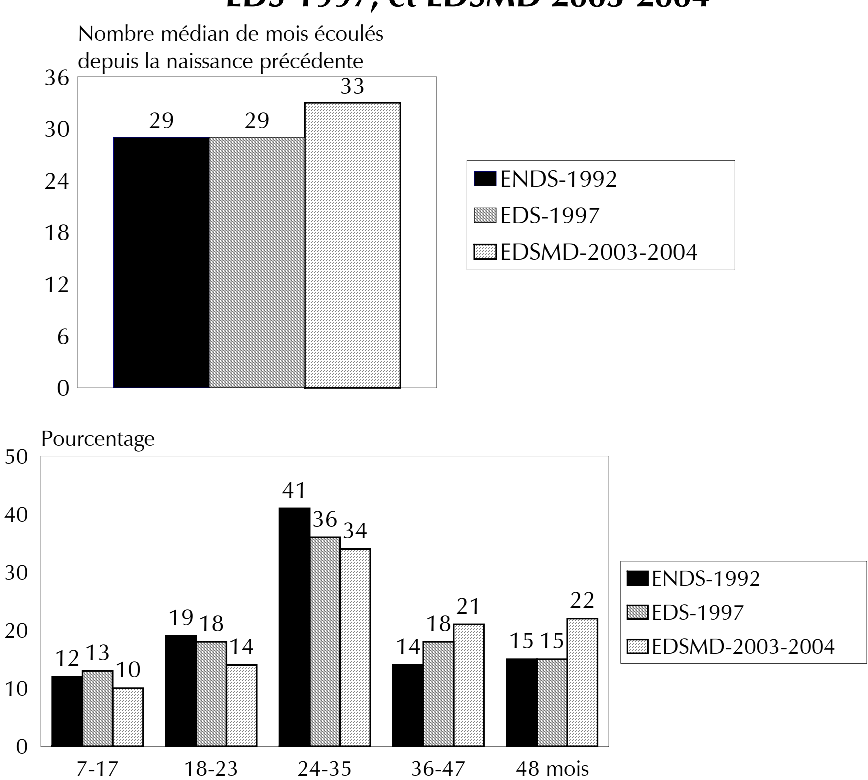
Répartition (en %) des naissances, autres que les naissances de rang 1, des cinq années ayant précédé l'enquête par nombre de mois écoulés depuis la naissance précédente, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDSMD-III Madagascar 2003-2004

Caractéristique	Nombre de mois écoulés depuis la naissance précédente					Total	Nombre médian de mois depuis la naissance précédente	Effectif de naissances
	7-17	18-23	24-35	36-47	48 ou +			
Âge								
15-19	28,7	21,7	32,9	11,4	5,3	100,0	23,9	121
20-29	10,4	15,5	38,5	19,8	15,7	100,0	29,9	2 215
30-39	9,0	12,2	29,8	21,8	27,2	100,0	35,5	1 918
40-49	5,6	13,2	26,9	24,1	30,1	100,0	37,8	580
Rang de naissance								
2-3	9,8	14,5	33,4	19,4	22,9	100,0	32,4	2 161
4-6	8,7	11,5	33,9	23,6	22,3	100,0	34,4	1 748
7ou +	11,6	18,0	33,0	19,2	18,1	100,0	30,2	925
Sexe de la naissance précédente								
Garçon	8,8	13,9	32,5	22,0	22,8	100,0	33,6	2 433
Fille	10,7	14,3	34,5	19,7	20,7	100,0	31,8	2 401
Survie de l'enfant précédent								
Vivant	8,3	13,6	34,6	21,1	22,3	100,0	33,2	4 327
Décédé	22,6	18,3	23,7	18,7	16,8	100,0	26,6	506
Milieu de résidence								
Capitale	5,9	10,5	27,2	19,7	36,8	100,0	38,8	143
Autres villes	7,2	14,2	33,4	17,9	27,3	100,0	34,1	696
Ensemble urbain	6,9	13,6	32,3	18,2	28,9	100,0	34,8	839
Rural	10,3	14,2	33,7	21,4	20,3	100,0	32,2	3 994
Province								
Antananarivo	10,6	17,9	30,8	17,4	23,3	100,0	30,6	1 216
Fianarantsoa	9,8	8,2	37,6	23,2	21,3	100,0	34,3	1 073
Toamasina	8,3	14,3	30,9	25,4	21,2	100,0	34,5	771
Mahajanga	10,0	14,7	30,6	21,9	22,8	100,0	32,4	727
Toliara	10,9	17,1	35,6	17,9	18,4	100,0	29,5	698
Antsiranana	7,1	11,1	38,2	19,8	23,8	100,0	32,9	348
Niveau d'instruction								
Sans instruction	12,4	13,1	33,7	19,7	21,1	100,0	32,0	1 318
Primaire/Alphabét.	9,8	15,0	35,4	21,1	18,7	100,0	31,7	2 559
Secondaire ou plus	5,9	13,0	28,0	22,1	30,9	100,0	36,9	956
Quintile de bien-être								
Le plus pauvre	11,8	12,8	36,2	19,2	20,0	100,0	31,3	1 022
Second	9,3	14,9	34,4	22,6	18,8	100,0	32,2	1 150
Moyen	9,8	15,6	36,1	21,8	16,7	100,0	31,3	1 078
Quatrième	10,4	14,3	31,6	18,5	25,2	100,0	33,2	948
Le plus riche	6,3	11,8	26,0	22,5	33,4	100,0	38,3	635
Ensemble	9,8	14,1	33,5	20,9	21,8	100,0	32,6	4 833

Note : Les naissances de rang 1 sont exclues. L'intervalle pour les naissances multiples est le nombre de mois écoulés depuis la grossesse précédente qui a abouti à une naissance vivante.

médiane de l'intervalle est de 32,6 mois, ce qui correspond à une augmentation par rapport à 1997 où elle était estimée à 29,4 mois et par rapport à 1992 où elle était de 28,9 mois (graphique 4.5). On assiste donc ici à un allongement sensible de l'intervalle intergénésique, qui s'est traduit chez les femmes malgaches, au cours des quinze dernières années, de l'ENDS de 1992 à l'EDSMD de 2003-2004, par une diminution de l'importance des femmes à intervalles intergénésiques courts (7-17 mois, 18-23 mois et 23-35 mois) au profit de celles à intervalle intergénésique plus long (36 mois ou plus) (graphique 4.5). Ceci a pour effet de diminuer le risque de mortalité chez les enfants.

***Graphique 4.5* Intervalle intergénésique selon ENDS-1992, EDS-1997, et EDSMD 2003-2004**



En fonction de l'âge, on constate des intervalles plus courts chez les femmes plus jeunes par rapport à celles plus âgées : en effet, à 15-19 ans, le nombre médian de mois est estimé à 23,9 alors que chez les femmes de 40-49 ans, il atteint 37,8 mois.

Le décès de l'enfant précédent semble être un facteur de raccourcissement de l'intervalle intergénésique : de 33,2 mois pour l'enfant dont l'aîné a survécu, l'intervalle n'est plus que de 26,6 mois lorsque l'enfant précédent est décédé.

Par rapport au rang de naissance, le nombre médian de mois passe de 32,4 mois pour les naissances de rang 2 et 3 à 34,4 mois pour les naissances de rang 4 à 6, alors que l'intervalle se raccourcit lorsque le rang de naissance est égal ou supérieur à 7.

Le milieu de résidence est un important facteur de différenciation : en effet, si en milieu rural l'intervalle intergénésique médian est de 32,2 mois, en milieu urbain, il est de 34,8 mois et, dans la capitale, il atteint 38,8 mois.

Comme lors des EDS 1992 et 1997, l'intervalle intergénésique est plus court à Toliara (29,5 mois) que dans les autres provinces. L'intervalle intergénésique augmente faiblement avec le niveau d'instruction des femmes : de 32 mois pour les femmes sans instruction, il atteint 36,9 mois pour les femmes de niveau secondaire et plus.

L'intervalle intergénésique varie sensiblement selon la classification par quintile de bien-être : du quintile le plus pauvre au plus riche, l'indicateur passe de 31,3 mois à 38,3 mois.

4.5 ÂGE À LA PREMIÉRE NAISSANCE

L'âge auquel les femmes ont leurs premières naissances influence généralement leur descendance finale et peut avoir des répercussions importantes en ce qui concerne la santé maternelle et infantile. Le tableau 4.7 présente la répartition des femmes par âge à leur première naissance et leur âge médian à la première naissance, selon l'âge au moment de l'enquête. On constate que l'âge médian à la première naissance ne varie que très peu dans les générations et aucune tendance significative ne se dégage qui permet de conclure à un rajeunissement ou à un vieillissement de cet âge médian à la première naissance.

Tableau 4.7 Âge à la première naissance

Pourcentage de femmes par âge à la première naissance et âge médian à la première naissance, selon l'âge actuel, EDSMD-III Madagascar 2003-2004

Âge actuel	Âge à la première naissance					Pourcentage de femmes qui n'ont jamais donné naissance	Effectif de femmes	Âge médian à la première naissance
	15	18	20	22	25			
15-19	5,3	na	na	na	na	72,1	1 528	a
20-24	4,4	31,3	53,8	na	na	24,2	1 391	19,7
25-29	5,6	29,1	52,3	70,2	84,1	10,6	1 347	19,8
30-34	3,9	23,6	41,5	62,4	80,0	7,3	1 155	20,7
35-39	5,7	26,7	42,3	59,0	75,8	6,3	940	20,8
40-44	6,1	29,0	45,4	61,8	76,3	3,3	932	20,5
45-49	4,1	27,4	44,9	59,1	73,9	6,7	655	20,6

na = Non applicable
[a] Moins de 50 % de femmes ont eu un enfant.

Cependant, si l'on compare cet âge médian à celui qui avait été estimé lors de la précédente enquête, on constate un très léger vieillissement, celui-ci étant passé de 19,5 ans en 1997 à 20,4 ans en 2003-2004, ce qui peut être interprété comme l'amorce d'une tendance à retarder la venue du premier enfant. Nous verrons au chapitre 5 que la prévalence a nettement augmenté parmi les jeunes femmes sans enfant.

Le milieu de résidence influe sur l'âge médian à la première naissance puisqu'en milieu rural, il est de 20,2 ans et dans les autres villes de 20,7 ans ; c'est dans la capitale qu'il est le plus élevé puisqu'il atteint 22,8 ans.

La variation de l'âge à la première naissance est assez fortement liée au niveau d'instruction : pour les femmes sans instruction, l'âge médian est de 19,0 ans, pour celles ayant le niveau primaire il est de 19,9 ans et pour celles de niveau secondaire et plus, il atteint 22,5 ans.

Tableau 4.8 Âge médian à la première naissance par caractéristiques socio-démographiques

Âge médian à la première naissance des femmes de 20-49 ans selon l'âge actuel et certaines caractéristiques socio-démographiques, EDSMD-III Madagascar 2003-2004

Caractéristique	Âge actuel 20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	Âges 20-49	Âges 25-49
Milieu de résidence								
Capitale	a	22,1	22,5	23,1	23,2	23,8	23,0	22,8
Autres villes	na	20,3	20,6	21,4	20,6	20,8	na	20,7
Ensemble urbain	na	20,7	21,2	21,8	21,0	21,2	na	21,1
Rural	19,3	19,5	20,6	20,5	20,4	20,3	20,0	20,2
Province								
Antananarivo	na	21,6	21,7	22,6	21,4	21,6	na	21,7
Fianarantsoa	19,6	19,5	20,6	21,1	19,7	22,5	na	20,5
Toamasina	19,3	19,4	20,4	19,8	19,5	20,7	19,7	19,9
Mahajanga	18,4	18,4	19,9	20,3	20,3	19,8	19,2	19,5
Toliara	18,2	18,8	19,2	19,8	19,6	18,6	18,9	19,1
Antsiranana	18,0	18,0	19,4	19,3	18,2	18,3	18,5	18,7
Niveau d'instruction								
Sans instruction	18,0	19,0	19,6	18,0	18,8	19,6	18,8	19,0
Primaire/ Alphabét.	19,1	19,3	20,2	20,1	20,1	20,1	19,7	19,9
Secondaire ou plus	na	22,1	22,0	23,3	22,9	23,1	na	22,5
Quintile de bien-être								
Le plus pauvre	18,4	18,9	18,9	20,2	18,5	20,5	18,9	19,2
Second	18,6	18,4	19,8	20,6	19,9	19,5	19,3	19,4
Moyen	19,3	19,4	20,4	19,5	19,5	20,6	19,6	19,7
Quatrième	19,6	20,5	21,5	20,7	21,2	19,6	na	20,7
Le plus riche	na	22,0	22,0	24,2	21,6	23,4	na	22,3
Ensemble	19,7	19,8	20,7	20,8	20,5	20,6	na	20,4

Note : L'âge médian pour la cohorte 15-19 ans ne peut être déterminé car de nombreuses femmes peuvent encore avoir une naissance avant d'atteindre 20 ans.
[a] Moins de 50 % de femmes ont eu un enfant.
na = Non applicable

Pour l'ensemble des femmes de 25-49 ans, on constate que c'est dans les provinces d'Antananarivo (21,7 ans) et de Fianarantsoa (20,5 ans) que l'âge médian à la première naissance est le plus élevé et c'est dans les provinces de Toliara (19,1 ans) et d'Antsiranana (18,7 ans) qu'il est le plus précoce.

4.6 FÉCONDITÉ DES ADOLESCENTES

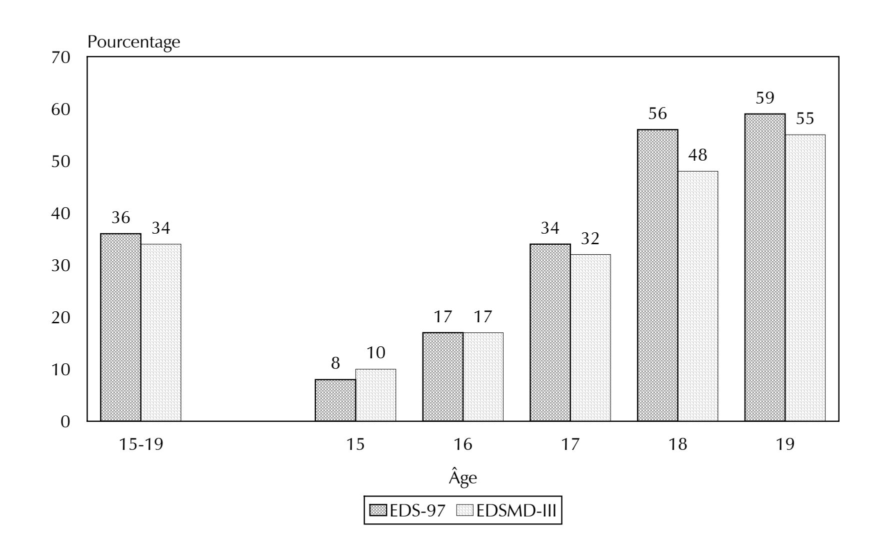
Les adolescentes de 15 à 19 ans constituent un des sous groupes à risque en matière de santé reproductive : en effet, la fécondité précoce a souvent des effets négatifs sur la santé des enfants et des mères et la probabilité de décéder des enfants est d'autant plus grande qu'ils naissent de mère très jeune. Le tableau 4.9 et le graphique 4.6 présente la proportion d'adolescentes de 15 à 19 ans qui ont déjà commencé leur vie féconde : elle se compose des adolescentes qui ont eu un ou plusieurs enfants et d'adolescentes qui sont enceintes d'un premier enfant.

Tableau 4.9 Fécondité des adolescentes

Pourcentage d'adolescentes de 15-19 ans ayant déjà eu un enfant ou étant enceintes d'un premier enfant par certaines caractéristiques socio-démographiques, EDSMD-III Madagascar 2003-2004

Caractéristique	Pourcentage qui sont : Mères	Enceintes d'un premier enfant	Pourcentage ayant déjà commencé leur vie féconde	Effectif
Âge				
15	6,1	4,3	10,4	280
16	12,2	4,8	17,0	277
17	21,9	9,7	31,6	274
18	41,9	6,5	48,4	409
19	50,2	4,9	55,1	288
Milieu de résidence				
Capitale	8,4	2,8	11,3	80
Autres villes	20,9	3,9	24,8	309
Ensemble urbain	18,3	3,7	22,0	389
Rural	31,2	6,9	38,1	1 139
Province				
Antananarivo	14,9	3,7	18,6	517
Fianarantsoa	28,6	5,2	33,8	346
Toamasina	25,1	11,2	36,3	192
Mahajanga	46,9	8,9	55,8	195
Toliara	43,5	4,4	47,9	188
Antsiranana	32,6	9,7	42,3	90
Niveau d'instruction				
Sans instruction	49,0	8,2	57,2	318
Primaire/Alphabét.	31,0	7,4	38,4	763
Secondaire ou plus	7,8	2,3	10,1	448
Quintile de bien-être				
Le plus pauvre	39,2	8,1	47,4	278
Second	50,2	7,8	57,9	236
Moyen	23,4	7,8	31,2	291
Quatrième	28,4	5,1	33,5	343
Le plus riche	9,0	3,0	12,0	381
Ensemble	27,9	6,1	34,0	1 528

Graphique 4.6 Proportion d'adolescentes de 15-19 ans ayant déjà commencé leur vie féconde selon l'EDS-97 et l'EDSMD-III (2003-2004)



Ainsi, un peu plus du tiers des adolescentes de 15 à 19 ans (34 %) ont déjà commencé leur vie reproductive ; 28 % des adolescentes ont eu au moins un enfant et 6 % sont enceintes du premier enfant. Le niveau de fécondité des adolescentes a quelque peu diminué si l'on se réfère à l'EDS-97 : en effet, à cette date, 36 % des adolescentes avaient eu, au moins, un enfant ou étaient enceintes d'un premier enfant.

A 17 ans, 32 % des adolescentes ont déjà commencé leur vie féconde ; en 1997, cette proportion était de 34 %. En outre, à 18 ans, 48% des adolescentes ont au moins un enfant ou sont enceintes, alors qu'en 1997 la proportion correspondante concernait 56 % des adolescentes.

La fécondité des adolescentes varie selon les caractéristiques socio-démographiques : le tableau 4.9 montre que la fécondité est beaucoup plus précoce en milieu rural où 38 % des adolescentes ont déjà commencé leur vie féconde contre seulement 11 % dans la capitale et 25 % dans les autres villes. La fécondité est plus précoce chez les adolescentes résidant dans la province de Mahajanga (56 %) et de Toliara (48 %) que dans la province d'Antananarivo (19 %). Cette situation avait déjà été constatée en 1997 où la proportion correspondante était de 53 % à Mahajanga, 52 % à Toliara et 17 % à Antananarivo.

Le niveau d'instruction influe sur la précocité de la fécondité : plus de la moitié (57 %) des adolescentes sans instruction ont déjà commencé leur vie féconde contre un peu plus du tiers (38 %) des adolescentes ayant le niveau primaire et seulement 10 % des adolescentes de niveau secondaire et supérieur.

4.7 PARITÉ DES HOMMES

Comme pour les femmes, un certain nombre de questions ont été posées aux hommes de 15 à 59 ans au sujet de leur descendance. Plus précisément, on leur a posé des questions sur le nombre total d'enfants qu'ils ont eus en distinguant les garçons des filles, ceux vivant avec eux de ceux vivant ailleurs et enfin, ceux encore en vie de ceux qui sont décédés ; l'objectif étant de minimiser les oublis d'enfants.

Cependant, les informations collectées sont moins précises que celles relatives aux femmes et cela pour plusieurs raisons :

- les enquêteurs n'avaient pas à reconstituer l'historique complet des naissances des hommes ;
- les risques d'enregistrement des naissances dont l'enquêté n'est pas le père biologique ;
- les non déclarations des naissances hors foyer, etc.

Le tableau 4.10 présente la répartition des hommes, tous états matrimoniaux confondus et des hommes en union selon le nombre d'enfants nés vivants ainsi que le nombre moyen d'enfants nés vivants et survivants selon l'âge des hommes. On peut observer une augmentation régulière et rapide du nombre moyen d'enfants selon l'âge : à 20-24 ans le nombre moyen d'enfant est de 0,5, à 35-39 ans, le nombre atteint 3,8 et à 50 ans, la parité atteint 5,8 enfants. Les résultats concernant les hommes en union sont à peu près comparables à ceux de l'ensemble des hommes (tous états matrimoniaux confondus).

En comparant avec les femmes, l'augmentation de parité plus rapide chez ces dernières s'explique par le fait qu'elles entrent en union beaucoup plus tôt que les hommes. Par contre aux âges élevés, la mobilité conjugale plus fréquente chez les hommes, explique le fait qu'ils finissent par avoir plus d'enfants que les femmes à 50 ans (5,8 contre 5,4).

Tableau 4.10 Enfants nés vivants et enfants survivants des hommes

Répartition (en %) de tous les hommes et de ceux actuellement en union par nombre d'enfants nés vivants, nombre moyen d'enfants nés vivants et nombre moyen d'enfants survivants, selon le groupe d'âge des hommes, EDSMD-III Madagascar 2003-2004

Groupe d'âges	Nombre d'enfants nés vivants											Total	Effectif	Nombre moyen d'enfants nés vivants	Nombre moyen d'enfants survivants
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 ou +				
TOUS LES HOMMES															
15-19	96,2	3,4	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	416	0,04	0,04
20-24	62,5	23,2	9,7	3,6	1,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	416	0,58	0,50
25-29	26,9	22,2	18,4	18,1	7,3	3,3	2,6	0,9	0,3	0,0	0,0	100,0	400	1,83	1,62
30-34	20,2	11,8	20,1	13,8	10,4	10,6	6,9	6,3	0,0	0,0	0,0	100,0	251	2,73	2,47
35-39	7,4	13,2	16,3	12,9	13,0	12,9	10,0	4,4	4,2	2,0	3,7	100,0	292	3,81	3,32
40-44	5,4	2,8	8,4	11,3	15,2	15,8	10,1	6,3	8,5	4,8	11,4	100,0	234	5,40	4,45
45-49	5,6	3,5	10,9	12,0	11,6	9,8	7,6	6,5	6,8	6,5	19,1	100,0	207	5,76	4,84
50-54	3,7	1,0	8,2	16,4	9,6	8,2	12,2	9,7	8,4	5,7	16,9	100,0	133	6,04	5,08
55-59	1,5	0,3	8,2	6,5	14,2	15,0	12,8	13,3	4,2	6,5	17,3	100,0	83	6,21	5,34
Ensemble	35,8	11,6	11,3	9,8	7,5	6,5	5,1	3,5	2,5	1,8	4,7	100,0	2 432	2,70	2,31
HOMMES ACTUELLEMENT EN UNION															
15-19	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	23	0,52	0,44
20-24	19,7	45,3	22,9	9,3	2,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	161	1,30	1,12
25-29	9,9	23,7	23,3	24,5	9,2	4,5	3,5	1,2	0,3	0,0	0,0	100,0	296	2,35	2,09
30-34	8,0	11,8	22,5	16,6	13,1	11,7	8,2	8,0	0,0	0,0	0,0	100,0	196	3,23	2,95
35-39	4,2	10,3	16,8	14,3	13,8	14,9	9,9	5,1	4,9	1,7	4,3	100,0	253	4,09	3,55
40-44	2,7	1,4	8,9	12,1	15,9	16,6	9,6	5,9	9,2	5,3	12,4	100,0	215	5,64	4,65
45-49	3,2	3,1	11,4	10,9	11,7	10,9	8,4	6,9	6,0	6,4	21,1	100,0	188	6,02	5,04
50-54	3,3	0,7	7,1	16,6	7,5	7,7	12,0	10,7	9,2	6,3	18,7	100,0	120	6,31	5,30
55-59	1,4	0,3	8,8	7,3	15,8	14,1	14,0	11,6	4,3	5,8	16,5	100,0	75	6,04	5,30
Ensemble	7,7	13,8	16,3	14,9	11,1	9,8	7,4	5,2	3,9	2,6	7,3	100,0	1 527	4,02	3,45

* Basé sur trop peu de cas non pondérés.

PLANIFICATION FAMILIALE 5

Valérie RAMBELOSON

À Madagascar, une politique nationale en Santé de la Reproduction a été élaborée en Novembre 2000, dont l'un des quatre grands domaines d'activités est la planification familiale. Cette politique nationale s'est fixée des objectifs intermédiaires en matière de PF qui sont de rendre les services de PF accessibles aux groupes cibles et d'offrir des services de qualité à ces mêmes groupes ; cependant l'objectif spécifique est d'augmenter de 11 % à 15 % le taux de prévalence de la contraception d'ici 2003. La prévalence contraceptive est utilisée comme un indicateur d'impact du programme de planification familiale et est définie comme étant le pourcentage de femmes/hommes en âges de procréer (15-49 ans pour les femmes et 15-59 ans pour les hommes) qui utilisent actuellement (ou qui a un partenaire qui utilise actuellement) une méthode contraceptive moderne.

Ainsi, pour appréhender les modifications intervenues depuis les cinq dernières années en matière d'utilisation contraceptive, on a collecté au cours de l'EDSMD-III des informations sur la connaissance et l'utilisation des méthodes contraceptives chez les femmes et les hommes en âge de procréer.

Comme les enquêtes précédentes, cette enquête a collecté des données sur :

- la connaissance et la pratique passée et actuelle de la contraception ;
- la connaissance de la période féconde ;
- les sources d'approvisionnement en méthodes contraceptives;
- l'utilisation future de la contraception ;
- les sources d'information sur la contraception ;
- les opinions et les attitudes face à la contraception.

5.1 CONNAISSANCE DE LA CONTRACEPTION

La pratique volontaire du contrôle des naissances passe par une première étape très importante au cours de laquelle la population cible est mise au courant et informée des méthodes contraceptives disponibles, ce qui nécessite un processus de diffusion de l'information. Etant donné que le niveau de connaissance des moyens contraceptifs dans la population fournit un indicateur précieux des efforts consentis par le biais des canaux d'Information, Éducation et Communication, la collecte des informations relatives à la connaissance des méthodes s'est faite en deux étapes. D'abord, l'enquêtrice note la (les) méthode(s) citée(s) spontanément par l'interviewé. Dans une seconde phase, dans le cas où l'enquêté n'a pas cité l'ensemble des méthodes contenues dans le questionnaire, l'enquêtrice devait procéder à une brève présentation des méthodes non citées et enregistrer si oui ou non l'interviewé en avait entendu parler. Finalement, une femme ou un homme est considéré connaître une méthode contraceptive s'il/elle la cite spontanément ou s'il/elle déclare la connaître après la présentation.

Les différentes méthodes retenues dans le questionnaire sont classées en trois catégories :

- Méthodes modernes : pilule, DIU, injection, implants, méthodes vaginales (spermicide, mousse, gelée, crème, diaphragme), condom ou préservatif masculin, stérilisation féminine, stérilisation masculine (vasectomie) ;
- Méthodes traditionnelles : continence périodique, retrait ;
- Méthodes populaires : les plantes, les tisanes et les autres méthodes.

Les tableaux 5.1.1 et 5.1.2, indiquent qu'une proportion quasiment identique de femmes et d'hommes (respectivement, 83 % et 82 %) ont déclaré connaître, au moins, une méthode de contraception et, à peu près dans les mêmes proportions, une méthode moderne (82 % pour les deux sexes). Par comparaison, lors des précédentes enquêtes, une proportion plus faible de femmes avaient déclaré connaître une méthode, 62 % selon l'ENDS de 1992 et 70 % selon l'EDS de 1997. Ainsi la connaissance de la contraception s'est beaucoup développée au cours des dernières années.

Tableau 5.1.1 Connaissance des méthodes contraceptives : femmes

Pourcentages de femmes, de femmes actuellement en union, de femmes qui ne sont pas en union et qui sont sexuellement actives et de femmes qui n'ont pas eu de rapports sexuels qui connaissent une méthode contraceptive, par méthode spécifique, EDSMD-III Madagascar 2003-2004

			Célibataires ayant eu des rapports sexuels		
Méthode contraceptive	Ensemble	Femmes en union	Sexuellement actives	Non actives sexuellement	Célibataires qui n'ont jamais eu de rapports sexuels
N'importe quelle méthode	82,6	84,7	88,6	77,8	74,3
N'importe quelle méthode moderne	82,0	84,2	88,4	76,9	73,7
Méthode moderne					
Pilule	73,2	76,5	77,6	68,7	58,1
DIU	32,3	34,9	29,8	28,0	24,9
Injectables	74,6	78,2	81,4	70,6	56,1
Diaphragme	5,6	5,8	6,9	4,7	5,6
Mousse ou gelée	12,6	14,3	14,7	8,9	7,4
Condom féminin	9,9	10,4	14,0	7,7	8,4
Condom	71,3	72,0	79,2	67,5	68,9
Stérilisation féminine	32,2	35,2	31,2	25,5	26,1
Stérilisation masculine	22,2	24,4	20,6	17,9	17,3
Implants	36,3	39,5	32,3	31,8	27,1
Pilule du lendemain	5,4	5,7	7,1	4,9	4,0
MAMA[1]	37,7	40,0	34,6	31,9	35,5
N'importe quelle méthode traditionnelle	50,5	52,5	56,2	48,8	38,7
Méthode traditionnelle					
Continence périodique	48,5	50,4	52,4	46,8	38,2
Retrait	23,1	24,8	32,8	21,6	9,6
Méthode populaire	1,9	2,1	2,7	1,5	0,6
Nombre moyen de méthodes connues	4,9	5,1	5,2	4,4	3,9
Effectif de femmes	7 949	5 140	485	1 470	854

[1] MAMA = Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée. Dans certains pays, cette méthode est classée parmi les méthodes traditionnelles.

Tableau 5.1.2 Connaissance des méthodes contraceptives : hommes

Pourcentages d'hommes, d'hommes actuellement en union, d'hommes qui ne sont pas en union et qui sont sexuellement actifs et d'hommes qui n'ont jamais eu de rapports sexuels qui connaissent une méthode contraceptive, par méthode spécifique, EDSMD-III Madagascar 2003-2004

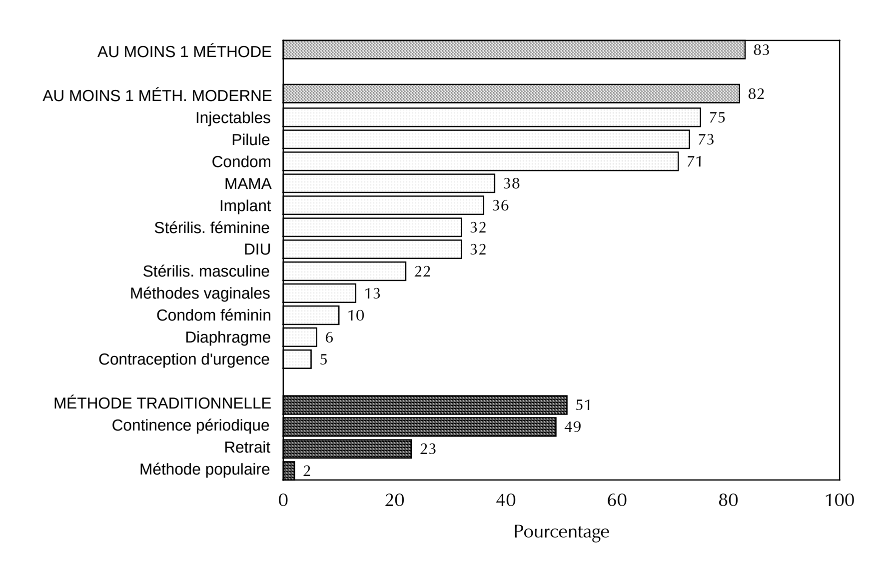
Méthode contraceptive	Ensemble	Hommes en union	Célibataire ayant déjà eu des rapports sexuels		Célibataires qui n'ont jamais eu de rapports sexuels
			Sexuellement actifs	Non actifs sexuellement	
N'importe quelle méthode	82,2	85,1	81,2	82,0	68,3
N'importe quelle méthode moderne	81,7	84,6	81,1	82,0	67,2
Méthode moderne					
Pilule	61,4	68,0	56,0	53,9	40,7
DIU	17,9	20,8	16,3	15,5	7,1
Injectables	63,0	70,9	54,7	54,7	39,5
Diaphragme	4,0	4,3	4,3	4,7	1,4
Mousse ou gelée	5,3	5,6	5,6	6,4	2,8
Condom féminin	14,7	15,9	16,3	11,9	10,2
Condom	76,6	77,8	80,0	80,1	63,2
Stérilisation féminine	28,2	33,5	23,6	21,5	12,6
Stérilisation masculine	19,4	22,3	17,9	17,1	7,9
Implants	19,1	22,6	17,1	13,4	9,0
Pilule du lendemain	2,9	3,2	3,1	2,2	2,1
MAMA[1]	26,8	30,2	23,5	21,4	18,3
N'importe quelle méthode traditionnelle	47,5	52,8	45,4	42,9	27,2
Méthode traditionnelle					
Continence périodique	45,6	51,6	43,8	37,2	25,4
Retrait	25,9	28,0	27,6	27,2	12,4
Méthode populaire	0,7	0,7	1,0	0,9	0,0
Nombre moyen de méthodes connues	4,1	4,6	3,9	3,7	2,5
Effectif d'hommes	2 432	1 527	311	293	301

[1] MAMA = Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée. Dans certains pays, cette méthode est classée parmi les méthodes traditionnelles.

La connaissance d'une méthode contraceptive, moderne ou non, est légèrement plus élevée chez les femmes et les hommes en union. Cependant chez les femmes, ce sont les célibataires sexuellement actives qui ont déclaré le plus fréquemment connaître une méthode (89 % pour une méthode quelconque et 88 % pour une méthode moderne). Ces femmes connaissent, en moyenne, 5,2 méthodes. Chez les hommes, ces proportions sont plus faibles (81 % quelle que soit la méthode) et les hommes célibataires sexuellement actifs ne connaissent, en moyenne, que 3,9 méthodes. C'est parmi les femmes et les hommes célibataires qui n'ont jamais eu de rapports sexuels que le niveau de connaissance d'une méthode est le plus faible (respectivement, 74 % et 68 %).

Les résultats selon les différentes méthodes montrent que chez les femmes, quelle que soit la catégorie, les injectables sont la méthode moderne la mieux connue (78 % chez les femmes en union et 81 % chez les célibataires sexuellement actives) (graphique 5.1). La pilule a également été fréquemment citée par les femmes, de même que le condom (respectivement, 73 % et 71 %). Le condom a été cité par 81 % des femmes célibataires sexuellement actives mais aussi par 68 % de celles qui ne le sont pas. À l'opposé, le diaphragme, le condom féminin et la pilule du lendemain ont été très peu cités par les femmes.

Graphique 5.1 Connaissance des méthodes contraceptives par les femmes



Les hommes ont cité les mêmes méthodes que les femmes mais la plus fréquemment citée est le condom (78 % chez ceux en union) ; c'est également la méthode la plus connue des célibataires, qu'ils soient sexuellement actifs ou non (80 %). La pilule et les injectables sont connues par, respectivement, 68 % et 71 % des hommes en union. Comme les femmes, ils ont très peu cité le diaphragme et la pilule du lendemain.

En ce qui concerne les méthodes traditionnelles et populaires, on constate qu'elles sont moins fréquemment citées que les méthodes modernes : 51 % de l'ensemble des femmes et 53 % des femmes en union en connaissent, au moins une, et on observe des proportions similaires chez les hommes, respectivement 48 % et 53 % chez les hommes. C'est la continence périodique qui est, de loin, la méthode traditionnelle la plus connue : 49 % de l'ensemble des femmes et 46 % de l'ensemble des hommes l'ont citée.

Par rapport aux résultats des enquêtes précédentes, on constate que le niveau de connaissance de la contraception des femmes et, en particulier celle de la contraception moderne s'est amélioré. En effet, entre 1997 et 2003-2004, la connaissance des méthodes modernes par les femmes est passée de 68 % à 82 %, soit une augmentation de 14 points de pourcentage. Quant aux méthodes traditionnelles, la connaissance, parmi l'ensemble des femmes, a légèrement augmenté, passant de 47 % en 1997 à 51 % en 2003-2004.

Le tableau 5.2 présente, pour les hommes et les femmes en union, le niveau de connaissance des méthodes contraceptives, modernes ou quelconques, selon différentes caractéristiques socio-démographiques. Les résultats selon l'âge ne font pas apparaître d'écarts, cela quel que soit le type de méthode.

Du point de vue du milieu de résidence, que ce soit chez les femmes ou chez les hommes, on note que c'est en milieu urbain que le niveau de connaissance est le plus élevé : en effet, en urbain 95 % des femmes et 96 % des hommes connaissent une méthode moderne contre 81 %, quel que soit le sexe, en rural. Dans la capitale, la quasi-totalité des femmes et des hommes connaissent au moins une méthode

moderne. En fonction des provinces, les résultats montrent que c'est dans la province de Toliara que le niveau de connaissance est le plus faible, que ce soit chez les femmes (70 %) ou chez les hommes (61 %). À l'opposé, dans la province d'Antananarivo, la quasi-totalité des hommes et des femmes connaissent au moins une méthode moderne de contraception.

Comme l'on pouvait s'y attendre, le niveau d'instruction a une influence importante sur le niveau de connaissance de la contraception ; ainsi, pratiquement toutes les femmes et tous les hommes ayant, au moins un niveau secondaire ont cité une méthode moderne, contre 58 % des femmes et 51 % des hommes n'ayant jamais fréquenté l'école.

Tableau 5.2 Connaissance des méthodes contraceptives par caractéristiques socio-démographiques

Pourcentage de femmes et d'hommes actuellement en union qui connaissent au moins une méthode contraceptive et pourcentage de ceux et celles qui connaissent au moins une méthode moderne, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDSMD-III Madagascar 2003-2004

	Femmes			Hommes		
Caractéristique	Connaît une méthode	Connaît méthode moderne	Effectif	Connaît une méthode	Connaît méthode moderne	Effectif
Groupe d'âge						
15-19	64,5	62,7	416	*	*	23
20-24	86,9	86,5	875	80,6	80,4	161
25-29	87,2	87,0	1 028	88,4	88,3	296
30-34	87,3	87,3	905	85,9	85,2	196
35-39	85,9	85,3	758	86,2	86,1	253
40-44	85,6	84,7	708	84,2	82,4	215
45-49	84,7	84,5	450	88,3	87,0	188
50-54	na	na	na	83,8	83,8	120
55-59	na	na	na	79,4	79,4	75
Milieu de résidence						
Capitale	99,7	99,7	280	100,0	99,5	86
Autres villes	94,1	93,7	887	94,4	94,2	260
Ensemble urbain	95,4	95,2	1 167	95,8	95,5	346
Rural	81,5	81,0	3 972	82,0	81,4	1180
Province						
Antananarivo	94,5	93,9	1 683	97,5	97,4	498
Fianarantsoa	80,3	79,6	907	79,0	77,0	249
Toamasina	85,2	84,8	828	84,8	84,8	269
Mahajanga	77,6	77,5	719	79,9	79,1	218
Toliara	70,3	69,8	621	60,8	60,8	173
Antsiranana	87,5	87,3	381	91,8	90,5	121
Niveau d'instruction						
Sans instruction	58,3	57,8	1 194	51,4	51,4	241
Primaire/ Alphabét.	88,5	87,9	2 467	86,0	85,2	764
Secondaire ou plus	99,7	99,4	1 479	99,5	98,9	521
Quintile de bien-être						
Le plus pauvre	67,5	66,9	1 187	70,7	70,7	310
Second	73,3	72,2	772	70,5	68,2	284
Moyen	85,7	85,3	998	87,8	87,8	283
Quatrième	95,7	95,2	975	94,2	93,7	286
Le plus riche	99,2	99,2	1 207	99,7	99,6	363
Ensemble	84,7	84,2	5 140	85,1	84,6	1527

* Basé sur trop peu de cas non pondérés.
na = Non applicable

5.2 UTILISATION PASSÉE DE LA CONTRACEPTION

Aux femmes et aux hommes qui avaient déclaré connaître une méthode contraceptive, l'enquêteur ou l'enquêtrice a demandé s'ils l'avaient déjà utilisée, afin de mesurer le niveau de pratique de la contraception à un moment quelconque de leur vie selon la méthode spécifique. Les résultats sont présentés au tableau 5.3.

Tableau 5.3 Utilisation de la contraception à un moment quelconque

Pourcentages des femmes et d'hommes, de femmes et d'hommes actuellement en union et de femmes et d'hommes qui ne sont pas en union, qui sont sexuellement actifs et qui ont déjà utilisé une méthode contraceptive, par méthode spécifique et selon l'âge, EDSMD-III Madagascar 2003-2004

Groupe d'âges	N'importe quelle méthode	Méthodes modernes													Méthodes traditionnelles				Effectif
		N'importe quelle méthode moderne	Pilule	DIU	Injectables	Diaphragme	Mousse, gelée	Condom féminin	Condom	Stérilisation féminine	Stérilisation masculine	Implants	Pilule du lendemain	MAMA[1]	N'importe quelle méthode traditionnelle	Continence périodique	Retrait	Méthode populaire	
TOUTES LES FEMMES																			
15-19	13,6	9,6	3,1	0,0	3,0	0,0	0,0	0,1	3,7	0,0	0,0	0,0	0,2	2,2	7,9	7,3	1,9	0,1	1 528
20-24	39,0	32,9	13,9	0,3	15,3	0,0	0,4	0,1	9,3	0,0	0,0	0,0	0,5	8,3	19,9	17,2	7,3	0,6	1 391
25-29	48,8	40,9	17,3	0,8	22,7	0,0	0,1	0,0	8,5	0,3	0,0	0,8	0,5	9,0	23,3	19,7	8,4	1,2	1 347
30-34	47,6	38,8	17,0	1,3	23,8	0,4	1,2	0,0	8,5	0,6	0,0	0,5	0,2	7,0	23,9	21,0	6,9	0,5	1 155
35-39	48,0	41,2	17,0	2,8	25,0	0,0	0,9	0,0	7,4	0,8	0,2	1,3	0,3	5,7	21,2	20,0	6,9	0,6	940
40-44	43,6	34,0	15,7	3,2	21,7	0,0	0,5	0,0	4,6	2,9	0,0	1,0	0,3	3,4	23,1	21,1	5,5	1,0	932
45-49	37,9	27,7	12,8	2,6	17,0	0,1	0,5	0,0	5,0	1,7	0,1	0,8	0,3	1,9	20,4	17,9	5,2	0,5	655
Ensemble	38,6	31,3	13,3	1,3	17,5	0,1	0,5	0,0	6,9	0,7	0,0	0,6	0,3	5,7	19,3	17,1	5,9	0,6	7 949
FEMMES ACTUELLEMENT EN UNION																			
15-19	25,5	18,5	7,6	0,0	7,8	0,0	0,1	0,0	5,0	0,0	0,0	0,0	0,2	6,0	12,9	11,5	2,6	0,2	416
20-24	46,2	40,6	17,7	0,5	21,3	0,0	0,4	0,0	9,6	0,0	0,0	0,0	0,6	10,9	21,5	18,2	6,5	0,6	875
25-29	50,1	43,1	17,3	1,1	24,5	0,0	0,1	0,1	8,5	0,4	0,0	1,1	0,5	9,8	22,3	18,8	7,7	1,2	1 028
30-34	50,6	41,3	18,4	1,3	25,9	0,5	1,5	0,0	8,5	0,8	0,0	0,7	0,1	7,8	25,9	22,9	7,2	0,4	905
35-39	50,6	44,7	17,3	3,2	27,2	0,0	1,2	0,0	7,7	0,9	0,2	1,6	0,4	7,0	21,1	19,8	7,6	0,7	758
40-44	46,9	36,0	16,6	3,7	22,7	0,0	0,7	0,1	4,3	3,7	0,0	0,9	0,3	3,8	24,7	22,8	6,0	1,3	708
45-49	44,1	33,0	15,1	3,5	21,3	0,1	0,7	0,0	5,7	2,2	0,1	1,1	0,5	1,9	23,2	19,9	5,8	0,5	450
Ensemble	46,7	38,7	16,5	1,8	22,7	0,1	0,7	0,0	7,5	1,1	0,0	0,8	0,4	7,4	22,3	19,6	6,6	0,7	5 140
FEMMES CÉLIBATAIRES SEXUELLEMENT ACTIVES																			
15-19	35,5	27,7	4,7	0,0	7,2	0,0	0,0	0,7	17,6	0,0	0,0	0,0	0,7	1,2	22,2	21,3	8,2	0,0	148
20-24	51,7	37,4	19,1	0,0	11,0	0,0	0,2	0,0	17,8	0,0	0,0	0,0	1,5	4,2	34,1	33,0	15,2	2,6	118
25-29	62,8	52,5	32,8	0,2	29,0	0,0	0,2	0,0	14,8	0,0	0,0	0,4	0,7	11,8	36,1	31,2	14,8	0,0	94
30+	52,9	44,5	23,8	1,3	26,2	0,0	0,1	0,0	17,5	0,9	0,0	2,2	0,9	2,2	31,7	27,2	9,2	1,8	125
Ensemble[1]	49,2	39,2	18,6	0,4	17,3	0,0	0,1	0,2	17,1	0,2	0,0	0,6	0,9	4,2	30,2	27,6	11,5	1,1	485
HOMMES																			
Ensemble	37,6	28,7	10,0	0,7	12,9	0,0	0,4	0,1	13,9	1,1	0,1	0,3	0,3	2,6	22,6	21,1	6,6	0,3	2 432
En union	47,7	36,4	14,8	1,0	19,7	0,0	0,5	0,1	13,4	1,6	0,2	0,5	0,4	4,1	29,1	27,9	8,0	0,2	1 527
Célibataires sexuellement actifs	34,1	27,2	3,4	0,2	2,0	0,0	0,0	0,3	26,2	0,2	0,0	0,0	0,1	0,0	20,6	18,6	6,8	0,7	311

[1] MAMA = Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée.

Parmi l'ensemble des femmes, on constate que 39 % ont déclaré avoir déjà utilisé, au moins une méthode contraceptive à un moment quelconque de leur vie. Près d'un tiers des femmes (31 %) avaient déjà utilisé une méthode moderne, en particulier, les injectables (18 %) et la pilule (13 %). Dans moins d'un cas sur dix, (7 %), les femmes ont déclaré avoir déjà utilisé un condom. Les proportions de femmes en union ayant déjà utilisé une méthode au cours de leur vie sont supérieures à celles de l'ensemble des femmes : près de la moitié (47 %) ont utilisé une méthode quelconque et pratiquement deux sur cinq (39 %) une méthode moderne, en particulier, les injectables (23 %) et la pilule (17 %). Dans 8 % des cas, les femmes en union ont déclaré avoir déjà utilisé un condom. Ce sont surtout les célibataires sexuellement actives qui ont eu le plus fréquemment recours au condom (17 %). En outre, un peu plus d'un cinquième des femmes en union ont eu recours dans le passé, à une méthode traditionnelle, essentiellement la continence périodique (20 %).

Les proportions d'hommes ayant déclaré avoir déjà utilisé la contraception dans le passé sont très proches de celles des femmes. Comme les femmes, ces hommes ont surtout utilisé les injectables, la pilule et le condom (respectivement, 20 % 15 % et 13 % chez ceux en union). Les célibataires sexuellement actifs se caractérisent par une utilisation plus fréquente du condom (26 %).

5.3 UTILISATION ACTUELLE DE LA CONTRACEPTION

La prévalence contraceptive est mesurée par le pourcentage de femmes/hommes qui utilisent une méthode de contraception au moment de l'enquête. Les résultats sont présentés au tableau 5.4.

Seulement un peu plus d'une femme sur cinq (22 %) ont déclaré qu'elles utilisaient au moment de l'enquête une méthode quelconque de contraception ; la proportion de celles qui utilisent une méthode moderne est encore plus faible (14 %). Dans 8 % des cas, ces femmes utilisent les injectables. Les méthodes traditionnelles sont utilisées par 8 % des femmes, dont la quasi-totalité ont recours à la continence périodique (graphique 5.2).

La prévalence contraceptive des femmes en union est légèrement plus importante que celle de l'ensemble des femmes. Chez les femmes en union, 27 % déclarent utiliser une méthode quelconque ; près d'une sur cinq a recours à une méthode moderne (18 %), essentiellement les injectables (10 %), la pilule (3 %) et l'allaitement maternel (2 %). En outre, 9 % des femmes en union utilisent une méthode traditionnelle et dans la quasi-totalité des cas, il s'agit de la continence périodique.

Par ailleurs, on constate que c'est parmi les femmes qui ne sont pas en union mais sexuellement actives que la prévalence est la plus élevée (38 % pour une méthode quelconque et 22 % pour une méthode moderne). Dans 8 % des cas, elles utilisent des injectables, dans 7 % des cas, la pilule et dans 6 % des cas, le condom. Ces femmes ont recours également dans 15 % des cas à une méthode traditionnelle, essentiellement la continence périodique (15 %).

Le tableau présente la prévalence selon l'âge. On constate que le niveau maximum d'utilisation se situe entre 25-34 ans pour toutes les femmes (28 %) ; chez les femmes en union, la prévalence reste élevée jusqu'à 40-44 ans puisque, à ces âges, 32 % utilisaient au moment de l'enquête une méthode, probablement pour limiter leur descendance. Chez les femmes célibataires mais sexuellement actives, la prévalence la plus élevée se situe à 25-29 ans, âges auxquels plus de la moitié des femmes (51 %) ont déclaré utiliser une méthode.

En outre, quel que soit l'âge, on note que les injectables sont la méthode contraceptive la plus utilisé par les femmes en union, sa prévalence variant de 5 % d'utilisatrices parmi les femmes de 15-19 ans à 12 % parmi celles de 25-29 ans.

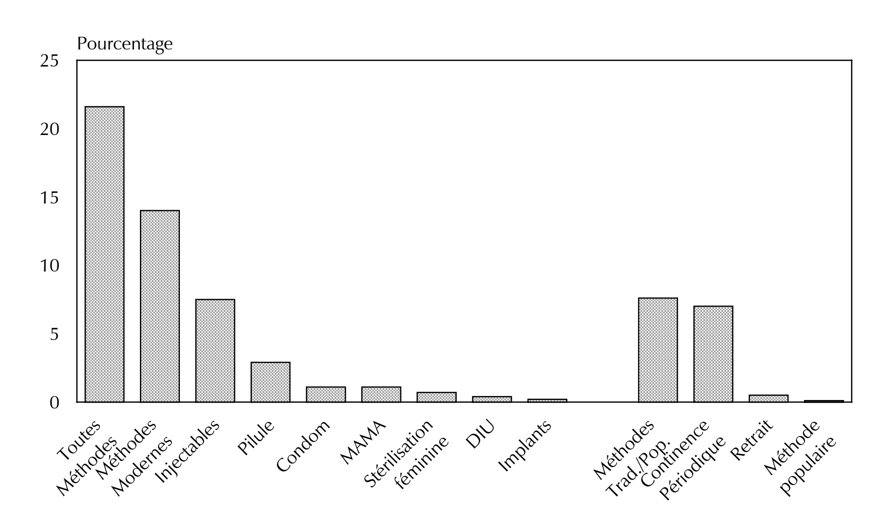
Tableau 5.4 Utilisation actuelle de la contraception

Répartition (en %) des femmes, des femmes actuellement en union, des femmes qui ne sont pas en union et qui sont sexuellement actives, et des hommes, par méthode actuellement utilisée, selon l'âge, EDSMD-III Madagascar 2003-2004

		Méthodes moderne									Méthodes traditionnelle						
Groupe d'âges	N'importe quelle méthode	N'importe quelle méthode moderne	Pilule	DIU	Injectables	Condom	Stérilisation féminine	Stérilisation masculine	Implants	MAMA[1]	N'importe quelle méthode traditionnelle	Continence périodique	Retrait	Méthode populaire	N'utilise pas actuellement	Total	Effectif
TOUTES LES FEMMES																	
15-19	7,8	5,1	1,0	0,0	2,0	1,1	0,0	0,0	0,0	1,0	2,7	2,5	0,2	0,0	92,2	100,0	1 528
20-24	22,7	14,8	4,0	0,0	7,0	1,7	0,0	0,0	0,0	2,1	7,9	7,1	0,8	0,0	77,3	100,0	1 391
25-29	27,9	18,7	4,5	0,0	10,6	1,0	0,3	0,0	0,4	1,7	9,1	8,3	0,5	0,4	72,1	100,0	1 347
30-34	27,5	18,3	4,3	0,4	10,9	1,1	0,6	0,0	0,1	0,9	9,2	8,9	0,3	0,1	72,5	100,0	1 155
35-39	26,1	17,4	2,6	1,7	9,6	1,2	0,8	0,0	0,5	1,0	8,7	8,2	0,5	0,0	73,9	100,0	940
40-44	26,1	15,9	1,9	0,8	8,5	1,0	2,9	0,0	0,8	0,1	10,1	10,1	0,0	0,0	73,9	100,0	932
45-49	15,6	8,8	0,6	0,8	4,8	0,8	1,7	0,1	0,0	0,0	6,8	5,7	1,1	0,0	84,4	100,0	655
Ensemble	21,6	14,0	2,9	0,4	7,5	1,1	0,7	0,0	0,2	1,1	7,6	7,0	0,5	0,1	78,4	100,0	7 949
FEMMES ACTUELLEMENT EN UNION																	
15-19	12,7	10,7	1,9	0,0	4,7	0,2	0,0	0,0	0,0	3,8	2,1	2,1	0,0	0,0	87,3	100,0	416
20-24	24,8	18,1	4,7	0,1	9,8	1,0	0,0	0,0	0,0	2,4	6,8	6,1	0,7	0,0	75,2	100,0	875
25-29	29,0	20,9	4,6	0,1	11,9	1,0	0,4	0,0	0,6	2,3	8,1	7,0	0,5	0,5	71,0	100,0	1 028
30-34	31,2	20,0	4,4	0,5	11,8	1,3	0,8	0,0	0,1	1,1	11,3	10,8	0,4	0,1	68,8	100,0	905
35-39	29,5	20,4	2,7	2,0	11,6	1,2	0,9	0,0	0,7	1,3	9,1	8,4	0,6	0,0	70,5	100,0	758
40-44	31,6	19,1	2,4	1,0	10,3	0,9	3,7	0,0	0,6	0,1	12,5	12,5	0,1	0,0	68,4	100,0	708
45-49	21,5	11,8	0,7	1,1	6,8	0,8	2,2	0,1	0,0	0,0	9,7	8,1	1,6	0,0	78,5	100,0	450
Ensemble	27,1	18,3	3,4	0,6	10,2	1,0	1,1	0,0	0,3	1,6	8,8	8,2	0,5	0,1	72,9	100,0	5 140
FEMMES CÉLIBATAIRES SEXUELLEMENT ACTIVES																	
15-19	30,8	17,8	2,2	0,0	6,9	8,6	0,0	0,0	0,0	0,0	13,1	12,4	0,7	0,0	69,2	100,0	148
20-24	47,4	24,7	7,8	0,0	7,6	7,2	0,0	0,0	0,0	2,1	22,8	22,0	0,3	0,5	52,6	100,0	118
25-29	51,0	30,2	12,2	0,0	15,6	2,4	0,0	0,0	0,0	0,0	20,8	20,8	0,0	0,0	49,0	100,0	94
30+	26,6	19,6	7,5	0,0	5,4	3,6	0,9	0,0	2,2	0,0	7,0	7,0	0,0	0,0	73,4	100,0	125
Ensemble[1]	37,7	22,3	6,9	0,0	8,4	5,8	0,2	0,0	0,6	0,5	15,4	15,0	0,3	0,1	62,3	100,0	485
HOMMES																	
Ensemble	24,6	14,8	2,9	0,3	6,4	3,9	1,0	0,1	0,2	0,2	9,8	9,2	0,5	0,1	75,4	100,0	2 432
En union	32,7	19,6	4,4	0,5	10,0	2,4	1,6	0,2	0,3	0,3	13,2	12,7	0,3	0,1	67,3	100,0	1 527
Célibataires sexuellement actifs	21,0	14,4	0,8	0,0	0,5	13,1	0,0	0,0	0,0	0,0	6,5	6,1	0,4	0,0	79,0	100,0	311

[1] MAMA = Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée.

Graphique 5.2 Prévalence de la contraception parmi les femmes selon la méthode utilisée



Chez les hommes, on constate que la prévalence contraceptive est plus élevée que chez les femmes (25 % contre 22 %). En ce qui concerne les hommes en union, on constate qu'un tiers (33 %) utilise actuellement une méthode, dont 20 % une méthode moderne. Les méthodes les plus fréquemment utilisées par les hommes en union sont les injectables (10 %) ; seulement, 2 % utilisent un condom. Les méthodes traditionnelles, uniquement la continence périodique, sont utilisées par 13 % des hommes en union. Les hommes célibataires mais sexuellement actifs utilisent dans 14 % des cas une méthode moderne, essentiellement le condom (13 %). En ce qui concerne l'âge, on constate que c'est entre 20 et 29 ans que la prévalence contraceptive est la plus élevée.

Le tableau 5.5 présente les résultats concernant la prévalence contraceptive des seules femmes en union selon les caractéristiques socio-démographiques.

Les résultats selon le milieu de résidence font apparaître des écarts importants : en effet, en milieu urbain, 27 % des femmes utilisent une méthode moderne contraceptive contre seulement 16 % en rural. C'est dans la capitale que la prévalence est la plus élevée (33 %), ce qui s'explique en grande partie par une disponibilité plus grande et un accès plus facile aux services de planification familiale (graphique 5.3).

En ce qui concerne les différentes méthodes, on constate que ce sont les injectables qui sont, partout, la méthode moderne la plus utilisée : son taux d'utilisation atteint 14 % dans la capitale, 12 % en milieu urbain et 10 % en milieu rural. La pilule vient en deuxième position : 6 % en milieu urbain et 3 % en milieu rural. L'utilisation du condom en milieu rural est négligeable.

En ce qui concerne la région de résidence, on constate que toutes les provinces, hormis Antananarivo (27 %) et Toamasina (21 %) ont des niveaux de prévalence moderne inférieurs à la moyenne nationale (18 %). Les méthodes modernes sont, en général, plus utilisées que les méthodes traditionnelles dans toutes les provinces.

Tableau 5.5 Utilisation actuelle de la contraception par caractéristiques socio-démographiques

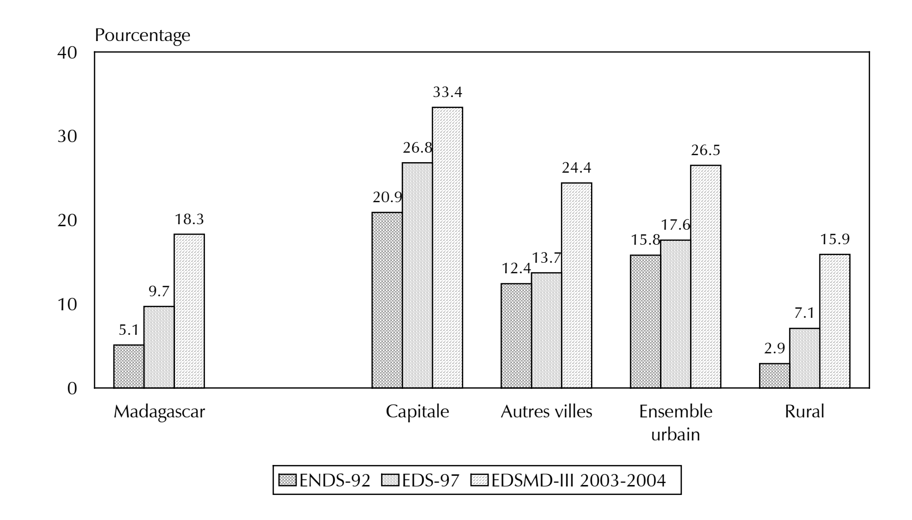
Répartition (en %) des femmes actuellement en union par méthode contraceptive actuellement utilisée, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDSMD-III Madagascar 2003-2004

			Méthode moderne							Méthode traditionnelle						
Caractéristique	N'importe quelle méthode	N'importe quelle méthode moderne	Pilule	DIU	Injecta-bles	Con-dom	Stérilisa-tion fémi-nine	Implants	MAMA	N'importe quelle méthode tradition-nelle	Conti-nence pério-dique	Retrait	Méthode popu-laire	N'utilise pas actuel-lement	Total	Effectif
Milieu de résidence																
Capitale	52,3	33,4	7,6	2,4	13,5	3,9	2,3	0,7	2,8	18,9	17,7	1,1	0,0	47,7	100,0	280
Autres villes	37,3	24,4	5,8	0,4	11,4	2,3	1,8	0,5	2,1	12,9	11,9	0,8	0,1	62,7	100,0	887
Ensemble urbain	40,9	26,5	6,2	0,9	11,9	2,7	1,9	0,6	2,2	14,3	13,3	0,9	0,1	59,1	100,0	1 167
Rural	23,1	15,9	2,6	0,6	9,7	0,5	0,8	0,2	1,4	7,2	6,7	0,4	0,1	76,9	100,0	3 972
Province																
Antananarivo	42,3	26,5	3,8	1,7	13,8	1,6	1,8	0,8	3,0	15,8	14,7	0,9	0,2	57,7	100,0	1 683
Fianarantsoa	14,8	11,4	1,3	0,2	8,4	0,3	0,6	0,2	0,5	3,4	3,3	0,1	0,0	85,2	100,0	907
Toamasina	30,5	20,9	5,1	0,2	12,3	1,1	0,5	0,2	1,6	9,5	8,9	0,6	0,1	69,5	100,0	828
Mahajanga	15,4	10,6	2,2	0,1	5,7	0,8	1,1	0,1	0,7	4,8	4,3	0,5	0,0	84,6	100,0	719
Toliara	15,8	12,2	2,7	0,1	7,8	0,3	0,3	0,0	1,1	3,5	3,1	0,4	0,0	84,2	100,0	621
Antsiranana	23,0	17,4	7,2	0,0	7,1	1,2	1,6	0,1	0,3	5,7	4,8	0,4	0,5	77,0	100,0	381
Niveau d'instruction																
Sans instruction	7,4	5,2	1,2	0,2	3,1	0,0	0,4	0,0	0,2	2,2	2,1	0,1	0,0	92,6	100,0	1 194
Primaire/Alphabét.	24,3	18,6	3,7	0,7	11,0	0,4	0,8	0,3	1,7	5,8	4,9	0,7	0,2	75,7	100,0	2 467
Secondaire ou plus	47,8	28,4	4,9	0,9	14,7	2,9	2,0	0,6	2,5	19,3	18,6	0,7	0,0	52,2	100,0	1 479
Nombre d'enfants vivants																
0	5,0	2,4	1,1	0,0	0,2	1,0	0,0	0,0	0,0	2,5	2,1	0,4	0,0	95,0	100,0	520
1-2	30,3	19,2	3,7	0,1	11,0	1,4	0,2	0,4	2,3	11,2	10,8	0,4	0,0	69,7	100,0	1 772
3-4	33,3	22,6	5,2	0,8	12,0	0,7	2,0	0,5	1,3	10,7	9,7	0,8	0,2	66,7	100,0	1 499
5 ou +	24,7	18,5	2,0	1,3	11,1	0,8	1,7	0,1	1,5	6,1	5,4	0,5	0,2	75,3	100,0	1 348
Quintile de bien-être																
Le plus pauvre	9,5	7,3	1,5	0,0	5,0	0,0	0,5	0,0	0,3	2,2	2,1	0,1	0,0	90,5	100,0	1 187
Second	14,0	10,9	2,0	0,0	7,8	0,0	0,0	0,3	0,8	3,1	2,1	0,3	0,6	86,0	100,0	772
Moyen	22,8	17,8	3,6	0,8	9,8	0,5	0,8	0,0	2,4	5,0	4,3	0,7	0,0	77,2	100,0	998
Quatrième	33,2	23,4	4,0	1,1	13,8	0,8	1,6	0,4	1,7	9,9	9,1	0,7	0,1	66,8	100,0	975
Le plus riche	51,5	30,1	5,8	1,2	14,4	3,2	2,1	0,8	2,5	21,4	20,6	0,8	0,0	48,5	100,0	1 207
Ensemble	27,1	18,3	3,4	0,6	10,2	1,0	1,1	0,3	1,6	8,8	8,2	0,5	0,1	72,9	100,0	5 140

La prévalence contraceptive, qu'elle soit moderne ou traditionnelle, augmente de façon très importante avec le niveau d'instruction : de 5 % parmi les femmes sans instruction, la prévalence moderne passe à 19 % parmi les femmes ayant un niveau primaire et elle atteint un maximum de 28 % chez celles ayant un niveau d'instruction secondaire. De même, on constate que l'utilisation de la contraception moderne augmente avec la parité passant de 2 % chez les nullipares, à 23 % chez celles ayant 3-4 enfants.

Quel que soit le type de méthodes, la prévalence contraceptive augmente de manière considérable avec le niveau de bien-être puisque dans les ménages les plus pauvres, seulement 7 % des femmes utilisent une méthode moderne et que dans les plus riches, cette proportion est de 30 %.

Graphique 5.3 Prévalence contraceptive moderne parmi les femmes en union de 15-49 ans selon le milieu de résidence



La comparaison avec l'ENDS 1992 et l'EDS 1997, montre que la prévalence contraceptive a connu une augmentation très importante au cours des dernières années, puisqu'elle est passée de 17 % à 19 %, pour atteindre 27 % en 2003-2004 pour l'ensemble des méthodes et elle a presque doublé, passant de 5 % en 1992 à 10 % en 1997 pour atteindre 18 % en 2004 pour les méthodes modernes.

5.4 PRÉVALENCE SELON LES INDICATEURS DU STATUT DE LA FEMME

Le statut de la femme au sein de son ménage détermine sa capacité à pouvoir exercer ses droits, y compris ceux concernant sa vie reproductive et donc sa décision de recourir ou non à l'utilisation de méthodes contraceptives pour contrôler sa descendance. L'utilisation de la contraception est donc déterminée par son niveau d'autonomie et par le type de rapports, de domination ou de coopération qu'elle entretient avec son mari/partenaire.

Des indicateurs du statut de la femme sont utilisés pour évaluer l'influence des opinions de la femme sur sa disposition à utiliser la contraception :

- nombre de décisions prises par la femme ;
- nombre de raisons de refuser les rapports sexuels avec son mari ;
- nombre de raisons justifiant le fait que le mari puisse battre sa femme.

Il ressort des résultats du tableau 5.6 que la prévalence est d'autant plus élevée que la femme est impliquée dans les décisions du ménage et qu'elle rejette certains comportements traditionnels : en effet, selon le premier indicateur, on constate que la prévalence passe d'un minimum de 14 % quand la femme n'est associée à aucune décision à un maximum de 19 % quand elle est impliquée dans la prise de 5 décisions. Les résultats selon le second indicateur montrent que la prévalence passe d'un minimum de 11 % quand la femme pense que, pour aucune raison, une femme peut refuser d'avoir des rapports sexuels

Tableau 5.6 Utilisation actuelle de la contraception par statut de la femme

Répartition (en %) des femmes actuellement en union par méthode contraceptive actuellement utilisée, selon certains indicateurs du statut de la femme, EDSMD-III Madagascar 2003-2004

Statut de la femme	N'importe quelle méthode	N'importe quelle méthode moderne	Pilule	DIU	Injectables	Mousse/ gelée/ condom	Stérilisation féminine	Implants	MAMA	N'importe méthode traditionnelle	Continence périodique	Retrait	Méthode populaire	N'utilise pas actuellement	Total	Effectif
		Méthodes moderne								Méthodes traditionnelle						
Nombre de décisions prises par la femme[1]																
0	18,7	13,6	1,4	0,1	9,1	1,2	0,0	0,0	1,8	5,1	4,8	0,3	0,0	81,3	100,0	163
1-2	18,1	15,7	2,9	0,6	8,8	1,5	1,3	0,0	0,5	2,4	1,5	0,9	0,0	81,9	100,0	244
3-4	23,2	16,3	3,3	0,6	9,6	0,7	0,4	0,0	1,6	6,9	6,5	0,4	0,0	76,8	100,0	1 035
5	29,2	19,3	3,6	0,7	10,6	1,0	1,3	0,4	1,6	9,9	9,2	0,6	0,2	70,8	100,0	3 697
Nombre de raisons de refuser les rapports sexuels avec le mari																
0	11,4	11,1	3,6	0,0	5,1	0,1	2,2	0,0	0,0	0,3	0,3	0,0	0,0	88,6	100,0	254
1-2	16,5	12,3	1,2	0,0	8,4	0,3	0,1	0,0	2,3	4,2	3,5	0,1	0,7	83,5	100,0	417
3-4	29,0	19,3	3,7	0,7	10,7	1,1	1,1	0,4	1,6	9,7	9,1	0,6	0,1	71,0	100,0	4 468
Nombre de raisons justifiant qu'un mari batte sa femme																
0	28,2	19,4	3,9	0,7	10,7	1,1	1,2	0,4	1,4	8,8	8,1	0,5	0,1	71,8	100,0	3 697
1-2	25,9	17,0	2,7	0,6	9,7	0,9	0,8	0,1	2,2	9,0	8,1	0,8	0,0	74,1	100,0	1 062
3-4	21,0	11,9	1,5	0,4	8,0	0,5	0,4	0,0	1,0	9,1	8,7	0,4	0,0	79,0	100,0	308
5	16,6	7,2	0,4	0,8	5,0	0,7	0,0	0,0	0,3	9,4	9,4	0,0	0,0	83,4	100,0	72
Ensemble	27,1	18,3	3,4	0,6	10,2	1,0	1,1	0,3	1,6	8,8	8,2	0,5	0,1	72,9	100,0	5 140

MAMA = Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée. Dans certains pays, cette méthode est classée parmi les méthodes modernes.
[1] Soit par elle-même ou conjointement avec d'autres

avec son mari/partenaire à un maximum de 19 % quand elle pense que pour 3-4 raisons, il est justifié qu'elle refuse d'avoir des rapports sexuels avec son mari/partenaire. Enfin, les résultats selon le troisième indicateur montrent que la prévalence passe d'un minimum de 7 % quand la femme pense que, pour cinq raisons, un mari/partenaire peut battre sa femme à un maximum de 19 % quand elle pense qu'il n'est justifié dans aucun cas qu'un mari/partenaire batte sa femme.

5.5 NOMBRE D'ENFANTS À LA PREMIÈRE UTILISATION

L'utilisation de la contraception pour la première fois peut, en fonction de la parité atteinte, répondre à des objectifs différents : retard de la première naissance si l'utilisation commence lorsque la femme n'a pas encore d'enfant, espacement des naissances si la contraception débute à des parités faibles, ou encore limitation de la descendance lorsque la contraception commence à des parités élevées, c'est à dire lorsque le nombre d'enfants désirés est déjà atteint.

Le tableau 5.7 présente, par groupe d'âges, la répartition des femmes en union selon le nombre d'enfants vivants qu'elles avaient au moment où elles ont utilisé la contraception pour la première fois. Parmi les femmes en union ayant déjà utilisé la contraception à un moment quelconque de leur vie, seulement 21 % ont commencé à l'utiliser alors qu'elles n'avaient pas d'enfants, c'est à dire pour retarder la venue du premier enfant. Plus de la moitié (56 %) ont commencé alors qu'elles étaient à des parités relativement faibles (1 à 3) et 23 % ont commencé à des parités élevées (4 et plus) certainement pour

limiter leur descendance. La proportion de femmes ayant utilisé la contraception pour la première fois alors qu'elles étaient nullipares augmente des générations les plus anciennes (7 % à 40-44 ans) aux générations récentes (60 % à 15-19 ans). On note la même tendance pour les femmes qui ont commencé à pratiquer la contraception après la naissance du premier enfant : en effet, les proportions passent de 14 % à 45-49 ans à 41 % à 20 24 ans. Les jeunes générations ont plus tendance que les anciennes à retarder la venue du premier enfant.

De même, on remarque que le nombre médian d'enfants à la première utilisation passe de 3,0 pour les femmes les plus âgées à 0,4 pour celles de 20-24 ans. Ces résultats suggèrent qu'un changement de comportement se dessine, les jeunes générations ayant plus tendance que les anciennes à retarder la venue du premier enfant et/ou à commencer à espacer leurs naissances dès les premières parités.

Tableau 5.7 Nombre d'enfants à la première utilisation

Répartition (en %) des femmes qui ont déjà utilisé un moyen de contraception par nombre d'enfants vivants lors de la première utilisation de la contraception et nombre médian d'enfants à la première utilisation, selon l'âge actuel, EDSMD-III Madagascar 2003-2004

Âge actuel	Nombre d'enfants vivants à la première utilisation						Total	Effectif	Nombre médian d'enfants à la 1ère utilisation
	0	1	2	3	4+	ND			
15-19	60,2	30,5	7,4	0,9	0,0	1,1	100,0	207	a
20-24	32,9	41,3	19,8	5,0	1,0	0,0	100,0	543	0,4
25-29	21,6	29,3	23,9	13,8	10,7	0,7	100,0	658	1,0
30-34	14,4	21,2	23,4	14,7	26,2	0,0	100,0	550	1,6
35-39	11,8	14,6	20,9	18,7	33,5	0,6	100,0	452	2,1
40-44	7,4	14,8	10,8	13,7	53,2	0,0	100,0	406	3,2
45-49	10,6	13,5	12,5	13,4	49,1	1,0	100,0	249	3,0
Ensemble	20,7	24,7	18,9	12,2	23,1	0,4	100,0	3 065	1,2

[a] Moin de 50 % de femmes ont eu un enfant à la 1ère utilisation

5.6 CONNAISSANCE DE LA PÉRIODE FÉCONDE

Une connaissance exacte du cycle menstruel en particulier, la période de fécondabilité permet l'utilisation de certaines méthodes de contraception notamment la continence périodique. C'est ainsi que, pendant l'enquête, on a demandé aux femmes si elles pensaient, qu'au cours du cycle, il y avait une période durant laquelle elles avaient plus de chance de tomber enceinte et, si oui, à quel moment du cycle se situait cette période. Le tableau 5.8 présente les résultats concernant les réponses fournies par les femmes. Compte tenu des très nombreuses nuances que peuvent comporter les réponses à cette dernière question, on a essayé de regrouper les réponses en trois grandes catégories (tableau 5.8) :

- Connaissance exacte : « milieu du cycle » ;
- Connaissance douteuse : « juste après la fin des règles », « juste avant le début des règles ». Ces réponses sont trop vagues pour pouvoir être considérées comme exactes mais, selon l'idée que se font les femmes du « juste avant » et du « juste après », elles peuvent correspondre à la période de fécondabilité ;

- Méconnaissance : « Durant les règles », « autre », « Pas de moment spécifique » ou « Ne sait pas ».

Pratiquement une femme sur deux (48 %) n'ont aucune idée de l'existence d'une période particulière ou ne savent pas situer correctement cette période, 10% en ont une connaissance douteuse et 42 % ont une connaissance précise de la période où une femme a le plus de chance de tomber enceinte. Cette proportion a presque doublé si on la compare avec le pourcentage des femmes qui ont une connaissance exacte de la période féconde en 1997 qui était de 24 %. Parmi les femmes qui pratiquent la continence périodique, presque neuf femmes sur dix (89 %) savent situer correctement la période de fécondabilité. Cependant, parmi ces utilisatrices, on constate que 4 % d'entres elles ne connaissent pas la période pendant laquelle elles courent plus de risque de tomber enceintes, et 7 % n'ont qu'une connaissance douteuse. Il faut tout de même rappeler que la prévalence de la continence périodique est de 7 % pour l'ensemble des femmes. Aussi, est-il plus que nécessaire d'informer davantage les femmes sur la période féconde de leur cycle menstruel pour une utilisation efficace de cette méthode de contraception.

Tableau 5.8 Connaissance de la période féconde

Répartition (en %) des femmes qui utilisent la continence périodique, des femmes qui n'utilisent pas la continence périodique et de l'ensemble des femmes selon leur connaissance de la période féconde au cours du cycle menstruel, EDSMD-III Madagascar 2003-2004

Connaissance de la période féconde	Utilisatrices de la continence périodique	Non utilisatrices de la continence périodique	Toutes les femmes
Juste avant le début des règles	2,4	2,3	2,4
Pendant les règles	0,0	0,5	0,5
Juste après la fin des règles	4,4	8,3	8,0
Entre les règles	88,9	38,6	42,2
Pas de période spécifique	0,9	17,1	16,0
Autre	0,0	0,0	0,0
NSP	3,3	33,0	30,9
ND	0,0	0,1	0,0
Total	100,0	100,0	100,0
Effectif	559	7 390	7 949

5.7 SOURCES D'APPROVISIONNEMENT DE LA CONTRACEPTION

Au cours de l'EDSMD-III, on a demandé aux femmes utilisatrices des méthodes modernes de contraception, d'indiquer l'endroit où elles obtiennent leur méthode. Cela permet d'évaluer la contribution des secteurs public et privé dans la distribution ou la vente des contraceptifs.

Les données du tableau 5.9 indiquent que plus de la moitié des femmes (57 %) qui utilisent des méthodes modernes, les obtiennent auprès du secteur public contre 32 % pour le secteur médical privé ; En outre, 9 % se procurent leurs méthodes auprès d'autres sources non médicales. Les centres de santé du gouvernement (46 %) sont les premières sources d'approvisionnement de la contraception. Près de sept femmes sur dix (68 %) utilisatrice de contraceptif injectable et plus de la moitié des femmes utilisatrices de la pilule (57 %) ont obtenu leur méthode auprès de formations sanitaires publiques. Par contre, ce sont les autres sources, notamment les boutiques qui sont les principales sources d'approvisionnement du condom (70 %). La stérilisation féminine (67 %) est pratiquée essentiellement dans les hôpitaux publics.

Tableau 5.9 Source d'approvisionnement

Répartition (en %) des utilisatrices actuelles de méthodes contraceptives modernes par source d'approvisionnement ou d'information la plus récente, selon certaines méthodes, EDSMD-III Madagascar 2003-2004

Source d'approvisionnement	Méthode moderne					
	Pilule	DIU	Injectables	Condom	Stérilisation féminine	Ensemble[1]
SECTEUR PUBLIC	**56,5**	(34,0)	**67,6**	**2,3**	**66,9**	**57,4**
Hôpital gouvernement	11,6	(4,6)	7,9	1,9	65,7	11,6
Centre de santé gouvernement	44,9	(29,4)	59,8	0,4	1,2	45,8
SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ	**33,8**	(66,0)	**31,8**	**9,8**	**31,3**	**31,5**
Hôpital, clinique privé	1,3	(16,4)	2,0	0,5	30,6	4,4
Centre de santé privé	3,5	(15,1)	9,1	0,5	0,0	6,6
Pharmacie	13,5	(0,0)	0,5	6,4	0,7	3,9
Médecin privé	7,5	(2,8)	13,1	2,3	0,0	9,6
Centre de PF/FISA	8,0	(31,8)	7,1	0,2	0,0	7,1
AUTRE SOURCE	**9,3**	(0,0)	**0,1**	**76,8**	**0,0**	**8,9**
Agent VBC	0,5	(0,0)	0,0	3,0	0,0	0,4
Boutique	5,2	(0,0)	0,0	69,7	0,0	7,3
Kiosque	0,0	(0,0)	0,0	1,1	0,0	0,1
Eglise	1,7	(0,0)	0,1	0,0	0,0	0,4
Amis, proches	1,8	(0,0)	0,0	2,9	0,0	0,7
Autre	0,3	(0,0)	0,2	2,9	0,0	0,4
ND	0,1	(0,0)	0,1	8,1	1,8	1,2
Total	100,0	(100,0)	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif	227	34	598	91	57	1 028

[1] Y compris 55 autres cas (19 cas d'implants, 1 cas mousse ou gelée et 1 cas de stérilisation masculine).
( ) Basé sur un faible nombre de cas non pondérés.

5.8 INFORMATIONS RELATIVES AUX MÉTHODES CONTRACEPTIVES

On a demandé aux femmes utilisatrices de méthodes contraceptives au moment de l'enquête si elles étaient informées de possibles effets secondaires, de ce qu'il fallait faire en cas d'effets secondaires et si on leur avait parlé d'autres méthodes qu'elles pouvaient utiliser. Ces informations (tableau 5.10) peuvent être utiles pour éviter un abandon précoce de méthodes contraceptives adoptées ou de corriger et de combattre les préjugés concernant les méthodes de contraception.

Un peu moins d'une femme sur deux (45 %) utilisatrices de méthodes modernes ont été informées des effets secondaires qui pourraient survenir avec l'utilisation de leur méthode et seulement 41 % ont été informés des précautions à prendre contre les effets secondaires. Cependant, un peu plus d'une femme sur deux (52 %) ont été informées de la possibilité d'utiliser d'autres méthodes.

Tableau 5.10 Choix de la méthode et information

Pourcentage de femmes utilisatrices de méthodes contraceptives modernes qui ont choisi la méthode actuelle dans les cinq années ayant précédé l'enquête et qui ont été informées des effets secondaires de la méthode utilisée, pourcentage de celles qui ont été informées sur ce qu'il fallait faire en cas d'effets secondaires, et pourcentage de femmes qui ont été informées des autres méthodes de contraception qu'elles pourraient utiliser, par méthode spécifique, source initiale de la méthode et certaines caractéristiques socio-démographiques, EDSMD-III, Madagascar 2003-2004

Méthode, source et caractéristique	Informée des effets secondaires ou problèmes liés à la méthode utilisée[1]	Informée des précautions contre les effets secondaires[1]	Informée d'autres méthodes qu'elles pourraient utiliser[2]
Méthode			
Pilule	39,5	36,8	53,3
DIU	49,1	49,8	41,5
Injectables	46,1	41,4	52,8
Implants	69,9	58,2	49,9
Stérilisation féminine	39,0	35,3	27,0
Autre[3]	na	na	58,9
Première source de méthodes			
SECTEUR PUBLIC	50,3	45,3	60,5
Hôpital gouvernement	49,3	45,9	55,6
Centre de santé gouvernement	50,5	45,2	61,7
SECTEUR MEDICAL PRIVE	55,5	51,6	55,8
Hôpital, clinique privé	55,1	49,9	43,1
Centre de santé privé	84,4	81,4	84,5
Pharmacie	37,9	37,9	40,9
Médecin privé	40,2	32,6	49,3
Centre de PF/FISA	56,1	56,6	51,8
Milieu de résidence			
Capitale	50,0	51,7	47,8
Autres villes	45,4	43,8	53,3
Ensemble urbain	46,7	45,9	51,8
Rural	43,8	38,1	51,5
Province			
Antananarivo	49,9	43,3	51,7
Fianarantsoa	48,0	42,8	50,0
Toamasina	42,9	42,3	55,4
Mahajanga	24,2	22,6	38,6
Toliara	33,0	24,3	53,6
Antsiranana	53,4	57,9	56,5
Niveau d'instruction			
Sans instruction	33,7	28,9	45,8
Primaire/Alphabét.	43,7	40,0	53,0
Secondaire ou plus	48,2	43,7	51,0
Quintile de bien-être			
Le plus pauvre	47,2	45,7	60,1
Second	36,2	32,7	57,3
Moyen	40,9	34,1	48,3
Quatrième	45,0	39,2	50,5
Le plus riche	48,2	45,7	50,0
Ensemble	44,7	40,6	51,6
Effectif de femmes	936	936	1 025

( ) Basé sur un faible nombre de cas non pondérés
na = Non applicable
[1] Non compris les utilisatrices du condom et des autres méthodes modernes
[2] Non compris les utilisatrices du condom
[3] Les autres méthodes comprennent le condom féminin, le diaphragme et les méthodes vaginales

Selon les différentes méthodes modernes, on constate que ce sont les femmes qui ont utilisé les implants (70 %) qui ont été les plus fréquemment informées des effets secondaires ; seulement 49 % des utilisatrices du DIU, 46 % de celles qui utilisent les injectables et 40 % des utilisatrices de la pilule ont reçu des informations concernant les effets secondaires. Pour la stérilisation féminine, la proportion est de 39 %.

Si on considère les différentes sources d'approvisionnement des méthodes, on remarque que c'est dans le secteur médical privé (56 %), particulièrement dans les Centres de Santé privé (84 %) que l'on informe le plus les femmes.

En fonction du milieu de résidence, on ne constate pas d'écarts importants entre les milieux urbain et rural en ce qui concerne l'information concernant les effets secondaires, 44 % en rural contre 47 % en urbain. Par contre, dans la capitale, une femme sur deux (50 %) a reçu des informations à ce sujet. Par contre, une proportion légèrement plus élevée en urbain qu'en rural a été informée des précautions à prendre contre les effets secondaires (46 % contre 38 %). Mais c'est toujours dans la capitale que les femmes sont les mieux informées (52 %).

Si on considère les résultats selon les provinces, on constate que les proportions des femmes averties des effets secondaires varient d'un minimum de 24 % pour Mahajanga à un maximum de 53 % pour Antsiranana. En ce qui concerne l'information sur les précautions à prendre contre les effets secondaires, on constate les mêmes variations.

En fonction du niveau d'instruction, les résultats montrent que plus les femmes sont instruites, plus elles sont informées des effets secondaires et des précautions à prendre.

5.9 UTILISATION FUTURE DE LA CONTRACEPTION

On a demandé aux femmes en union qui n'utilisaient pas actuellement la contraception, si elles avaient l'intention d'utiliser une méthode dans l'avenir. Le tableau 5.11 présente la répartition des femmes en union et non utilisatrices selon leur intention d'utiliser une méthode dans le futur. On constate que 38 % des non utilisatrices de la contraception ont déclaré qu'elles avaient l'intention de l'utiliser dans l'avenir. À l'opposé, 47 % des femmes n'avaient pas l'intention d'utiliser la contraception dans le futur (graphique 5.4).

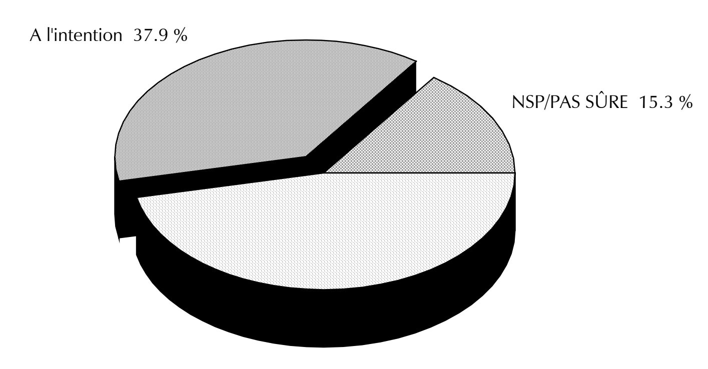
Tableau 5.11 Utilisation future

Répartition (en %) des femmes actuellement en union n'utilisant pas actuellement de méthode, par intention d'utiliser une méthode dans l'avenir, selon le nombre d'enfants vivants, EDSMD-III, Madagascar 2003-2004

Intention d'utiliser dans le futur	Nombre d'enfants vivants					Ensemble
	0	1	2	3	4 ou +	
A l'intention d'utiliser	22,7	42,3	42,4	44,3	35,3	37,9
Incertaine	21,9	15,8	12,9	16,4	14,0	15,3
N'a pas l'intention d'utiliser	55,3	42,0	44,8	39,1	50,4	46,7
ND	0,1	0,0	0,0	0,1	0,3	0,1
Total[1]	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif	372	554	674	653	1 491	3 745

[1] Y compris la grossesse actuelle.

Graphique 5.4 **Intention d'utiliser la contraception par les femmes actuellement en union**



EDSMD-III 2003-2004

L'intention d'utiliser la contraception augmente avec la parité des femmes : la proportion de femmes qui ont l'intention d'utiliser une méthode contraceptive passe de 23 % chez les nullipares à 44 % chez celles qui ont 3 enfants mais on constate une diminution (35 %) de cette proportion lorsque la femme a 4 enfants ou plus. De même, la proportion des femmes qui n'ont pas l'intention d'utiliser la contraception baisse avec le nombre d'enfants, passant de 55 % chez les femmes qui n'ont pas d'enfant à 39 % chez celles ayant 3 enfants, pour remonter à 50 % chez celles ayant 4 enfants ou plus.

5.10 RAISON DE NON UTILISATION DE LA CONTRACEPTION

Au cours de l'enquête, on a demandé aux femmes qui n'utilisent pas la contraception et qui n'avaient pas l'intention de l'utiliser d'en fournir la raison. Au regard du tableau 5.12, on constate que 40 % des femmes ne veulent pas utiliser la contraception pour des raisons liées à la fécondité, plus particulièrement, parce qu'elles désirent des ou d'autres enfants (20 %). Les jeunes femmes de moins de 30 ans citent plus fréquemment cette raison (25 %) que celles plus âgées (17 %). Une proportion non négligeable des femmes moins de 30 ans n'utilisent pas la contraception parce qu'elles y sont opposées (10 %), pour des raisons associées à la méthode (33 %) en particulier la peur des effets secondaires (23 %) et le manque de connaissance (12 %). Les femmes plus âgées avancent aussi des raisons liées à la fécondité (46 %) comme l'infécondité ou la sous-fécondité (18 %), ainsi que des raisons associées à la méthode (31 %) comme la peur des effets secondaires (15 %) et les problèmes de santé (13 %).

Tableau 5.12 Raison pour ne pas avoir l'intention d'utiliser la contraception

Répartition (en %) des femmes actuellement en union qui n'utilisent pas actuellement une méthode et qui n'ont pas l'intention d'en utiliser une dans l'avenir, par principale raison pour laquelle elles n'ont pas l'intention d'utiliser la contraception, selon l'âge, EDSMD-III, Madagascar 2003-2004

	Âge		
Raison de non-utilisation	15-29	30-49	Ensemble
Raisons associées à la fécondité	28,0	45,8	40,0
Rapports sexuels peu fréquents	1,2	3,6	2,8
Ménopause, hystérectomie	0,0	7,2	4,9
Sous-féconde, inféconde	2,2	17,6	12,6
Veut plus d'enfants	24,6	17,4	19,8
Opposée à l'utilisation	16,0	12,5	13,7
Enquêtée opposée	10,2	9,4	9,6
Mari opposé	3,9	1,9	2,5
Autres opposés	0,6	0,3	0,4
Interdits religieux	1,3	1,0	1,1
Manque de connaissance	12,2	6,1	8,1
Ne connaît aucune méthode	7,2	3,3	4,5
Ne connaît aucune source	5,0	2,8	3,5
Raisons associées à la méthode	32,9	30,5	31,3
Problèmes de santé	7,0	12,8	10,9
Peur des effets secondaires	23,3	15,0	17,7
Manque d'accès	0,0	0,6	0,4
Coûte trop cher	0,3	0,6	0,5
Utilisation gênante	1,5	0,7	0,9
Interfère avec le fonctionnement du corps	0,7	1,0	0,9
Autre	0,1	0,2	0,2
NSP	10,2	4,6	6,4
ND	0,7	0,2	0,3
Total	100,0	100,0	100,0
Effectif	570	1 178	1 747

5.11 MÉTHODE PRÉFÉRÉE

Pour évaluer la demande potentielle des différents types de méthodes contraceptives, on a demandé aux femmes en union ayant l'intention d'utiliser la contraception dans l'avenir, de spécifier la méthode de leur choix.

Il ressort des résultats du tableau 5.13 que les méthodes modernes (71 %) sont les plus fréquemment citées, avec notamment 46 % pour l'injection, 15 % pour la pilule et seulement 4 % pour le condom. Parmi les méthodes traditionnelles, la continence périodique est la plus citée (6 %).

Les jeunes femmes de moins de 30 ans ont déclaré plus fréquemment vouloir utiliser les injectables (50 %) que la pilule (16 %) et le condom (3 %). On retrouve la même tendance chez les femmes plus âgées avec une proportion légèrement plus élevée pour le condom (7 % contre 3 %).

Tableau 5.13 Méthode contraceptive future préférée

Répartition (en %) des femmes actuellement en union qui n'utilisent pas actuellement une méthode mais qui ont l'intention d'en utiliser une dans l'avenir, par méthode préférée, selon l'âge. EDSMD-III, Madagascar 2003-2004

Méthode contraceptive	Âge 15-29	30-49	Ensemble
Pilule	15,6	14,4	15,1
DIU	0,5	0,1	0,3
Injection	50,1	40,2	46,3
Condom	2,7	6,7	4,2
Stérilisation féminine	1,1	3,1	1,9
Continence périodique	4,7	9,0	6,3
Retrait	0,5	0,4	0,4
Implants	2,0	0,8	1,5
Allaitement maternel	0,6	0,4	0,5
Condom féminin	0,2	0,0	0,1
Autre	1,2	1,9	1,5
ND	20,9	23,0	21,7
Total	100,0	100,0	100,0
Effectif	879	541	1 420

5.12 SOURCES D'INFORMATION SUR LA CONTRACEPTION

L'utilisation des médias est un moyen indispensable pour l'information et la sensibilisation en matière de contraception. Elle permet aussi la vulgarisation et le développement de la pratique contraceptive. Pour appréhender ce qu'a pu être l'impact des médias dans ce cadre, on a donc demandé à l'ensemble des femmes et des hommes s'ils ont entendu à la radio ou à la télévision ou lu dans le journal ou magazine un message sur la planification familiale au cours des quelques mois précédant l'enquête (tableau 5.14).

Les tableaux 5.14.1 et 5.14.2 montrent que dans l'ensemble, plus d'une femme sur deux (54 %) et un peu moins de deux hommes sur trois (62 %) n'avaient entendu aucun message au sujet de la planification familiale ni à la radio, ni à la télévision, ni dans un journal ou un magazine, au cours des quelques mois ayant précédé l'enquête. C'est par la radio que les hommes et les femmes ont le plus fréquemment entendu des messages concernant la planification familiale (45 % par les femmes et 36 % pour les hommes) ; pour la télévision, ces proportions sont plus faibles (16 % pour les deux sexes) ; Seulement 5 % des femmes et 8 % des hommes ont lu dans la presse des messages sur la planification familiale.

Les résultats selon l'âge ne font pas apparaître de variations significatives. Selon le milieu de résidence, on constate que c'est en milieu rural que les femmes et les hommes sont les moins bien informés (62 % et 69 % contre 31 % et 40 % en urbain).

Il existe aussi des écarts importants en matière d'information sur la contraception selon le niveau d'instruction : les femmes et les hommes n'ayant aucun niveau d'instruction sont largement moins informés (respectivement, 83 % et 85 %) que ceux ayant atteint ou dépassé le niveau secondaire (respectivement, 27 % et 39 %).

Tableau 5.14.1 Exposition des femmes aux messages sur la planification familiale

Pourcentage de femmes qui, au cours des douze mois précédant l'enquête, ont entendu à la radio, vu à la télévision ou dans un journal ou une revue un message sur la planification familiale selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDSMD-III Madagascar 2003-2004

Caractéristique	Radio	Télévision	Journal/revue magazine	Aucun de ces trois medias	Effectif
Âge					
15-19	36,1	14,0	4,2	62,8	1 528
20-24	49,1	19,1	5,5	50,0	1 391
25-29	44,7	16,4	5,0	54,3	1 347
30-34	46,3	15,5	5,5	52,9	1 155
35-39	45,1	13,8	6,2	53,5	940
40-44	47,5	15,4	4,7	52,0	932
45-49	49,2	19,3	7,4	50,4	655
Milieu de résidence					
Capitale	77,8	56,6	14,2	19,2	466
Autres villes	63,6	32,2	9,1	34,5	1 509
Ensemble urbain	66,9	38,0	10,3	30,9	1 975
Rural	37,5	8,9	3,6	62,0	5 974
Province					
Antananarivo	61,5	30,0	9,1	36,8	2 671
Fianarantsoa	29,7	6,2	1,5	69,9	1 599
Toamasina	48,4	13,5	6,9	50,9	1 196
Mahajanga	37,5	9,2	3,0	62,1	987
Toliara	25,1	8,3	2,9	74,0	957
Antsiranana	47,1	9,2	2,5	52,7	539
Instruction					
Sans instruction	17,1	1,9	1,2	82,8	1 741
Primaire/ Alphabét.	40,6	7,4	2,2	59,0	3 757
Secondaire ou plus	70,8	39,6	12,9	26,8	2 451
Quintile de bien-être					
Le plus pauvre	15,2	0,7	0,5	84,7	1 700
Second	27,3	1,6	1,1	72,6	1 206
Moyen	41,4	2,7	2,6	58,4	1 466
Quatrième	55,9	15,8	5,3	43,5	1 531
Le plus riche	73,8	47,4	13,7	23,4	2 046
Ensemble	44,8	16,1	5,3	54,3	7 949

Tableau 5.14.2 Exposition des hommes aux messages sur la planification familiale

Pourcentage de hommes qui, au cours des douze mois précédant l'enquête, ont entendu à la radio, vu à la télévision ou dans un journal ou une revue un message sur la planification familiale selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDSMD-III Madagascar 2003-2004

Caractéristique	Radio	Télévision	Journal/revue magazine	Aucun de ces trois medias	Effectif
Âge					
15-19	26,3	14,9	7,5	71,7	416
20-24	37,0	16,8	7,1	60,3	416
25-29	37,4	15,3	8,5	60,3	400
30-34	34,9	18,3	6,4	62,4	251
35-39	40,3	16,5	11,9	57,9	292
40-44	33,6	16,3	7,2	63,0	234
45-49	46,5	20,3	10,3	50,8	207
50-54	36,7	14,8	11,2	62,1	133
55-59	32,5	13,6	5,6	66,5	83
Milieu de résidence					
Capitale	45,6	36,3	21,0	44,6	152
Autres villes	60,5	38,8	14,7	37,8	427
Ensemble urbain	56,6	38,1	16,4	39,6	579
Rural	29,2	9,6	5,9	68,9	1 853
Province					
Antananarivo	40,0	22,8	9,2	53,9	792
Fianarantsoa	26,5	6,6	4,2	73,0	441
Toamasina	31,5	11,1	3,2	68,2	406
Mahajanga	48,6	28,6	23,8	50,7	314
Toliara	31,1	12,2	5,0	68,9	285
Antsiranana	34,5	9,7	5,3	64,3	195
Instruction					
Sans instruction	14,6	5,6	4,4	84,9	394
Primaire/Alphabét.	27,8	8,0	4,3	70,9	1 194
Secondaire ou plus	56,8	33,3	16,0	38,5	844
Quintile de bien-être					
Le plus pauvre	18,1	2,0	3,0	81,9	406
Second	22,9	6,3	4,4	76,7	478
Moyen	34,7	7,8	6,2	65,3	472
Quatrième	40,1	15,1	7,0	57,8	473
Le plus riche	55,2	41,8	18,0	37,3	602
Ensemble	35,7	16,4	8,4	61,9	2 432

On constate aussi les mêmes tendances selon le niveau de bien-être puisque 85 % des femmes, et 82 % des hommes vivant dans les ménages les plus pauvres n'ont été exposés à aucun média contre seulement 23 % des femmes et 37 % des hommes dans les ménages les plus riches.

Ce sont les femmes de la province de Toliara (74 %) et les hommes de celle de Fianarantsoa (73 %) qui ont été les moins exposés aux médias qui véhiculent des messages sur la planification

familiale. À l'opposé, dans la province d'Antananarivo, 62 % des femmes et 40 % des hommes ont entendu à la radio des messages sur la planification familiale.

Par ailleurs, on peut voir au tableau 5.15 que la grande majorité (93 %) des femmes non utilisatrices de la conception n'ont eu aucun contact et n'ont donc pas reçu d'informations sur la planification familiale de la part d'un agent de terrain. Quelles que soient les caractéristiques socio-démographiques, ces proportions restent toujours élevées et on ne constate pas de variation importante.

On constate que seulement 4 % des femmes ont été visitées par un agent de terrain et ont discuté de planification familiale. Cela concerne surtout les femmes âgées de 25-29 ans (5 %). Dans certaines régions, cette proportion dépasse la moyenne, comme dans les provinces de Mahajanga (5 %) et de Toliara (4 %). Il n'y a pas d'écart significatif entre le milieu rural (3 %) et le milieu urbain (4 %).

Tableau 5.15 Contact des non-utilisatrices de la contraception avec des agents de planning familial

Pourcentage des non-utilisatrices de la contraception qui ont été contactées par un agent de terrain qui lui a parlé de planification familiale, qui ont visité un service de santé mais qui n'ont pas parlé des méthodes de planification familiale, au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDSMD-III Madagascar 2003-2004

Caractéristique	Femme a reçu la visite d'un agent de terrain qui a discuté de PF	Femme ayant visité un service de santé/discuté de PF	Femme ayant visité un service de santé mais n'a pas discuté de PF	N'a pas été visitée par agent de terrain/n'a pas discuté de PF	Effectif
Âge					
15-19	2,0	0,8	15,6	96,8	1 409
20-24	4,1	3,6	26,4	91,2	1 075
25-29	5,2	5,9	25,8	89,6	972
30-34	3,6	4,2	24,3	90,2	838
35-39	3,4	4,0	23,8	92,2	695
40-44	3,3	1,7	23,3	94,9	689
45-49	3,5	2,0	21,9	94,2	553
Milieu de résidence					
Capitale	3,4	2,0	15,2	94,1	296
Autres villes	3,9	3,3	28,0	92,6	1 070
Ensemble urbain	3,8	3,0	25,3	92,9	1 366
Rural	3,4	3,1	21,8	92,9	4 865
Province					
Antananarivo	3,5	2,6	16,4	93,6	1 842
Fianarantsoa	3,0	1,7	21,7	93,8	1 420
Toamasina	3,4	5,2	22,3	91,0	875
Mahajanga	5,2	4,5	26,1	89,7	836
Toliara	4,0	2,7	30,7	93,9	823
Antsiranana	1,1	3,5	29,8	94,6	435
Instruction					
Sans instruction	2,4	1,7	18,2	96,0	1 631
Primaire/Alphabét.	3,5	3,8	24,6	91,7	3 044
Secondaire ou plus	4,6	3,2	23,1	91,9	1 556
Quintile de bien-être					
Le plus pauvre	4,7	2,6	23,9	93,2	1 553
Second	2,6	2,8	23,9	94,9	1 077
Moyen	3,1	4,7	25,1	90,2	1 196
Quatrième	3,0	3,7	22,8	92,1	1 132
Le plus riche	3,6	2,0	17,2	94,1	1 273
Ensemble	3,5	3,1	22,6	92,9	6 230

5.13 DISCUSSION DE LA PLANIFICATION FAMILIALE AVEC LE CONJOINT

La pratique de la contraception chez la femme en union peut être effective lorsqu'il y a discussion en la matière avec le conjoint. En effet, le mari peut jouer un grand rôle dans la prise de décision de la femme pour l'utilisation des méthodes contraceptives.

Le tableau 5.16 présente la répartition des femmes et des hommes en union connaissant une méthode contraceptive selon le nombre de fois qu'ils ont discuté de PF avec leur conjoint. Près de deux femmes sur cinq (36 %) et près de deux hommes sur cinq (37 %) n'ont jamais discuté de problèmes de contraception avec leur conjoint au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête. Parmi les femmes qui en ont discuté, 39 % l'ont fait une ou deux fois et 26 % plus souvent. Chez les hommes, ces proportions sont de 31 % dans les deux cas.

Il semble que plus les femmes avancent en âges moins elles abordent le sujet avec leur mari. Chez les hommes, on ne constate pas de tendance nette selon l'âge.

Tableau 5.16 Discussion de la planification familiale avec le mari

Répartition (en %) des femmes actuellement en union qui connaissent une méthode contraceptive, selon le nombre de fois qu'elles ont discuté de planification familiale avec leur mari, au cours de l'année passée, selon l'âge actuel, EDSMD-III Madagascar 2003-2004

	Femmes						Hommes					
	Nombre de fois						Nombre de fois					
Groupe d'âges	Jamais	Une ou deux	Trois ou plus	ND	Total	Effectif	Jamais	Une ou deux	Trois ou plus	ND	Total	Effectif
15-19	36,3	47,2	15,6	1,0	100,0	268	*	*	*	*	*	15
20-24	32,4	41,4	26,2	0,1	100,0	760	40,4	34,0	25,6	0,0	100,0	130
25-29	31,0	40,3	28,5	0,2	100,0	897	33,8	30,7	33,7	1,8	100,0	261
30-34	29,8	42,9	27,0	0,3	100,0	790	34,3	31,0	34,3	0,4	100,0	168
35-39	39,3	35,4	25,3	0,0	100,0	651	36,4	30,2	31,2	2,2	100,0	218
40-44	41,8	31,9	26,3	0,0	100,0	606	27,3	43,0	29,6	0,1	100,0	181
45-49	49,0	29,0	22,0	0,0	100,0	381	39,7	23,1	37,2	0,0	100,0	166
50-54	na	na	na	na	na	na	35,4	31,6	32,8	0,2	100,0	101
55-59	na	na	na	na	na	na	58,5	19,9	21,6	0,0	100,0	60
Ensemble	35,7	38,5	25,7	0,2	100,0	4 353	36,5	31,2	31,4	0,8	100,0	1 300

* Basé sur trop peu de cas non pondérés.
na = Non applicable

5.14 OPINION DES COUPLES FACE À LA PLANIFICATION

Au cours de l'enquête, on a demandé aux femmes et aux hommes quelle était leur opinion concernant les couples qui avaient recours à la pratique contraceptive. Cette question a pour but de déterminer l'opinion des couples en matière de planification familiale. On constate que dans 70 % des cas, les couples ont la même opinion : 58 % approuvent l'utilisation de la planification familiale et 12 % la désapprouvent. On remarque que lorsque les opinions du couple sont divergentes, les cas dans lesquels la femme approuve et l'homme désapprouve (9 %) sont nettement plus fréquents que les cas contraires (1 %).

Tableau 5.17 Opinion des couples face à la planification familiale

Répartition (en %) des femmes actuellement en union qui connaissent une méthode de planification familiale (PF), selon qu'elles approuvent la planification familiale et selon leur perception de l'opinion de leur mari concernant la planification familiale, par certaines caractéristiques socio-démographiques, EDSMD-III Madagascar 2003-2004

	Enquêtées approuvant la PF			Enquêtées désapprouvant la PF					
Caractéristique	Mari approuve	Mari désap-prouve	Opinion du mari inconnue/ ND	Mari approuve	Mari désap-prouve	Opinion du mari inconnue/ ND	Enquêtée incertaine	Total	Effectif
Âge									
15-19	59,6	5,6	13,1	1,4	9,7	5,6	5,0	100,0	268
20-24	64,8	8,4	11,4	0,5	8,6	2,8	3,5	100,0	760
25-29	60,7	9,4	10,4	0,8	11,7	3,2	3,8	100,0	897
30-34	58,5	11,0	9,2	1,5	10,8	3,7	5,3	100,0	790
35-39	56,6	11,5	7,7	0,6	12,3	3,3	7,9	100,0	651
40-44	51,9	9,7	8,7	1,7	15,7	4,8	7,4	100,0	606
45-49	49,8	5,6	13,7	0,7	18,0	5,2	6,9	100,0	381
Milieu de résidence									
Capitale	71,9	8,0	5,8	1,2	8,8	2,5	1,8	100,0	280
Autres villes	64,7	9,9	8,3	1,6	10,4	1,8	3,2	100,0	834
Ensemble urbain	66,5	9,4	7,7	1,5	10,0	2,0	2,9	100,0	1 114
Rural	55,3	9,3	11,0	0,8	12,8	4,4	6,4	100,0	3 239
Province									
Antananarivo	68,4	8,4	7,9	1,0	8,3	1,9	4,1	100,0	1 591
Fianarantsoa	51,9	8,2	11,0	1,7	10,9	8,2	8,0	100,0	728
Toamasina	68,6	7,4	6,9	0,4	10,8	2,3	3,7	100,0	705
Mahajanga	42,8	9,0	21,0	0,5	10,9	5,3	10,4	100,0	558
Toliara	42,2	10,8	11,3	1,3	25,0	5,4	4,1	100,0	437
Antsiranana	47,6	18,7	6,4	1,2	20,9	1,6	3,7	100,0	334
Instruction									
Sans instruction	37,1	8,3	16,6	1,1	18,1	7,6	11,2	100,0	697
Primaire/ Alphabét.	57,7	9,3	10,6	1,1	12,4	3,8	5,0	100,0	2 183
Secondaire ou plus	68,7	9,8	6,5	0,7	8,9	2,0	3,4	100,0	1 474
Quintile de bien-être									
Le plus pauvre	42,6	8,0	14,9	1,5	17,8	7,5	7,7	100,0	801
Second	50,0	10,3	14,3	1,1	13,6	5,2	5,6	100,0	566
Moyen	55,4	9,9	10,3	1,3	12,7	3,3	7,1	100,0	855
Quatrième	66,2	9,3	7,4	0,4	9,4	2,8	4,5	100,0	933
Le plus riche	68,1	9,4	7,2	0,9	9,2	1,8	3,5	100,0	1 198
Ensemble	58,1	9,3	10,2	1,0	12,1	3,8	5,5	100,0	4 353

ÉTAT MATRIMONIAL ET EXPOSITION AU RISQUE DE GROSSESSE 6

Tovonirina Théodore RAZAFIMIARANTSOA

L'étude de l'état matrimonial et de l'exposition au risque de grossesse, abordée dans ce chapitre, constitue l'un des objectifs que s'est fixée l'EDSMD-III. En l'absence de toute pratique de la contraception, l'état matrimonial, l'âge à la première union, l'activité sexuelle, l'aménorrhée et l'abstinence post-partum jouent un rôle déterminant sur l'exposition au risque de grossesse et donc sur le niveau de la fécondité. Les informations sur l'état matrimonial et l'activité sexuelle ont été collectées aussi bien auprès des femmes que des hommes.

6.1 ÉTAT MATRIMONIAL

Le mariage ou plus généralement l'union constitue le cadre privilégié de l'activité sexuelle et de la reproduction. Chez les femmes, le caractère quasi-universel de l'union fait du célibat définitif un phénomène marginal. L'union constitue de ce fait un des facteurs les plus importants sanctionnant le début de l'exposition au risque de grossesse.

Rappelons que dans le cadre de l'EDSMD-III, on a considéré comme en union toute personne qui s'était déclarée mariée ou vivant maritalement avec une/un partenaire. Entrent donc dans cette catégorie, aussi bien les mariages civils, religieux et coutumiers, que les unions de fait ; en rupture d'union (divorcés, séparés ou veufs) celles ou ceux ayant eu un partenaire régulier dans le passé ; et enfin, comme célibataires les personnes qui n'ont jamais eu de partenaire et n'en avaient pas au moment de l'enquête.

Le tableau 6.1 fournit la répartition par groupe d'âges et selon l'état matrimonial actuel des femmes de 15-49 ans et des hommes de 15-59 ans. Les résultats de ce tableau montrent qu'au moment de l'enquête, 65 % des femmes étaient en union : 51 % étaient mariées et 14 % avaient déclaré vivre avec un partenaire. Les femmes en rupture d'union représentent 14 % de l'ensemble. Enfin, un peu plus d'une femme sur cinq (21 %) étaient célibataires. La proportion de célibataires chez les femmes chute fortement avec l'âge, passant de 67 % chez les femmes de 15-19 ans à 26 % chez celles de 20-24 ans (graphique 6.1). La comparaison avec les résultats de l'enquête effectuée en 1997 ne met pas en évidence de changement significatif. Par contre, la proportion de femmes en union, en particulier celles qui sont mariées, augmente avec l'âge jusqu'à 35-39 ans puis diminue légèrement du fait de l'augmentation de la proportion de femmes en rupture d'union.

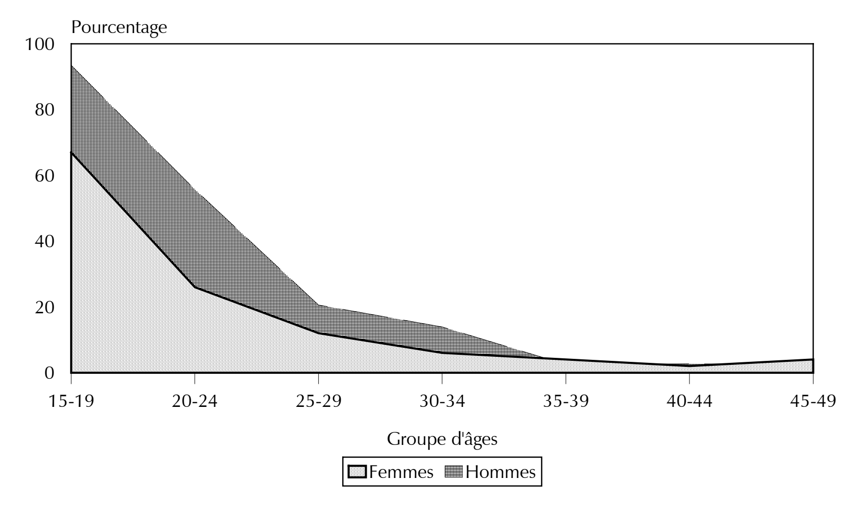
En ce qui concerne les hommes, la proportion de ceux qui sont en union est pratiquement similaire à celle des femmes (63 %). Toutefois, l'entrée en union des hommes est beaucoup plus tardive que celle des femmes. En effet, à 15-19 ans seulement 5 % des hommes sont union alors que 27 % des femmes le sont déjà à cette tranche d'âge. D'autre part, on constate que chez les hommes la proportion de célibataires décroît moins rapidement avec l'âge que chez les femmes : de 56 % à 20-24 ans, elle tombe à 21 % à 25-29 ans et à 14 % dans le groupe d'âges 30-34 ans (graphique 6.1). Dans ce dernier groupe d'âges, seules 6 % des femmes étaient encore célibataires. Toutefois, aux âges plus avancés, le mariage est quasi généralisé aussi bien chez les hommes que chez les femmes.

Tableau 6.1 Etat matrimonial actuel

Répartition (en %) des femmes et des hommes par état matrimonial actuel, selon l'âge, EDSMD-III Madagascar 2003-2004

Groupe d'âges	État matrimonial							Total	Effectif
	Célibataire	Marié(e)	Vivant ensemble	Divorcé(e)	Séparé(e)	Veuf(ve)	ND		
FEMMES									
15-19	67,0	18,6	8,6	0,3	5,4	0,0	0,0	100,0	1 528
20-24	26,3	47,3	15,6	1,2	9,5	0,1	0,0	100,0	1 391
25-29	11,6	56,9	19,4	1,2	10,4	0,5	0,0	100,0	1 347
30-34	5,5	62,4	16,0	1,9	13,1	1,2	0,0	100,0	1 155
35-39	4,4	67,1	13,5	1,3	9,9	3,8	0,0	100,0	940
40-44	1,8	61,6	14,3	1,9	14,9	5,5	0,0	100,0	932
45-49	3,9	57,5	11,2	5,0	12,3	10,1	0,0	100,0	655
Ensemble	21,3	50,5	14,2	1,5	10,3	2,2	0,0	100,0	7 949
HOMMES									
15-19	93,5	5,2	0,2	0,0	1,0	0,0	0,0	100,0	416
20-24	55,7	32,9	5,8	1,4	4,1	0,0	0.0	100,0	416
25-29	20,6	65,6	8,4	1,9	3,5	0,0	0.0	100,0	400
30-34	13,9	64,5	13,5	1,4	6,6	0,1	0.0	100,0	251
35-39	2,5	74,0	12,4	1,6	9,3	0,2	0.0	100,0	292
40-44	2,7	78,4	13,8	1,2	3,7	0,2	0.0	100,0	234
45-49	2,5	83,2	7,4	1,5	2,7	1,9	0.7	100,0	207
50-54	1,2	75,2	15,2	2,4	1,0	5,0	0.0	100,0	133
55-59	0,2	80,4	9,7	4,2	0,6	5,0	0.0	100,0	83
Ensemble	31,2	54,4	8,4	1,4	3,9	0,7	0,1	100,0	2 432

Graphique 6.1 Proportion de femmes et d'hommes célibataires par âge



EDSMD-III 2003-2004

Nombre d'épouses et de co-épouses

Bien que la polygamie soit interdite à Madagascar, les résultats montrent qu'une proportion très faible de femmes (3 %) s'est déclarée en union polygame. Chez les hommes, cette proportion est encore plus faible (moins d'un pour cent). De plus, il apparaît que c'est dans la province de Toliara que la proportion de femmes ayant au moins deux co-épouses est la plus élevée (13 %) (graphique 6.2).

Graphique 6.2 **Proportion de femmes en union polygame parmi les femmes en union**

EDSMD-III 2003-2004

6.2 ÂGE À LA PREMIÈRE UNION

Compte tenu de la relation étroite entre l'âge à la première union et le début de la vie féconde, il est important d'étudier le calendrier des premiers mariages (la primo nuptialité). En fait, il apparaît qu'une part significative des écarts de fécondité entre populations provient des différences dans l'âge à la première union, de sorte que les variations de ce dernier peuvent aider à expliquer celles de la fécondité, et donc la dynamique de la population. En outre, chez les femmes, le mariage à un âge précoce a pour effet, en allongeant la période durant laquelle elles sont sexuellement actives, d'augmenter la taille de leur descendance.

Le tableau 6.2 présente les proportions de femmes et d'hommes non célibataires par âges exacts et âges médian à la première union selon l'âge actuel. On constate que parmi les femmes âgées de 25-49 ans au moment de l'enquête, la moitié avait déjà contracté leur première union à 19,1 ans. Les résultats ne mettent pas en évidence d'écarts significatifs entre les générations les plus jeunes et les plus âgées. En effet, cet âge médian à la première union est passé de 18,7 ans parmi les femmes âgées de 45-49 ans à l'enquête à 19,0 parmi celles de 20-24 ans, ce qui traduit une stabilité du calendrier de la primo nuptialité à Madagascar.

Les résultats concernant les hommes montrent que, par rapport aux femmes, ils contractent leur première union à un âge beaucoup plus tardif. En effet, parmi les hommes de 30-59 ans, l'âge médian s'établit à 23,5 ans, soit 4,4 ans plus tard que pour les femmes (19,1 ans). De même que chez les femmes, on n'observe pas de tendance, ni au rajeunissement, ni au vieillissement de cet âge médian à la première union dans les générations.

Tableau 6.2 Âge à la première union

Pourcentage de femmes et d'hommes non-célibataires par âge exact et âge médian à la première union, selon l'âge actuel, EDSMD-III Madagascar 2003-2004

Âge actuel	Pourcentage déjà en première union à l'âge exact de : 15	18	20	22	25	Pourcentage de célibataires	Effectif	Âge médian au 1er mariage
FEMMES								
15-19	8,8	na	na	na	na	67,0	1 528	a
20-24	8,4	38,8	60,5	na	na	26,3	1 391	19,0
25-29	10,0	39,5	59,4	73,5	84,7	11,6	1 347	18,9
30-34	9,6	34,0	56,5	72,5	83,1	5,5	1 155	19,3
35-39	10,2	35,5	54,2	69,6	81,0	4,4	940	19,6
40-44	13,6	40,0	59,9	71,3	80,4	1,8	932	19,0
45-49	9,7	42,0	59,8	74,2	82,9	3,9	655	18,7
20-49	10,1	38,1	58,5	na	na	10,4	6 421	19,1
25-49	10,6	37,9	57,9	72,2	82,6	6,0	5 030	19,1
HOMMES								
15-19	0,1	na	na	na	na	93,5	416	a
20-24	1,3	10,9	24,8	na	na	55,7	416	a
25-29	2,1	14,1	26,7	42,3	64,0	20,6	400	22,8
30-34	1,2	13,0	28,9	39,3	59,7	13,9	251	23,1
35-39	3,7	14,4	24,9	40,0	63,0	2,5	292	23,2
40-44	1,3	12,2	26,3	37,3	54,4	2,7	234	23,9
45-49	2,0	8,5	19,2	40,3	53,4	2,5	207	24,3
50-54	0,0	9,1	18,2	33,9	56,4	1,2	133	23,7
55-59	4,8	7,3	17,5	31,8	66,6	0,2	83	22,9
30-59	2,1	11,6	23,8	38,1	58,5	4,6	1 200	23,5

na = Non applicable
a = Non calculés parce que moins de 50 % des femmes ou des hommes du groupe d'âges x à x+4 sont en union à l'âge x

Le tableau 6.3 présente, pour les femmes et pour les hommes, l'âge médian à la première union selon les caractéristiques socio-démographiques. On constate, quel que soit le sexe, que cet âge médian est plus précoce en rural qu'en urbain (respectivement 18,8 ans contre 20,2 ans pour les femmes de 25-49 ans et 23,0 contre 25,3 ans pour les hommes de 30-59 ans) (graphique 6.3).

En ce qui concerne les provinces, les résultats montrent que c'est dans les provinces des Hautes Terres (Antananarivo et Fianarantsoa) que les femmes et les hommes se marient le plus tard. À l'opposé, la province de Toliara est celle où l'âge des femmes à la première union est le plus précoce (17,5 ans). Les hommes de la province d'Antsiranana sont ceux qui se marient le plus tôt (21,4 ans).

Tableau 6.3 Âge médian à la première union

Âge médian à la première union des femmes de 20-49 ans et des hommes de 30-59 ans, par âge actuel et selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDSMD-III Madagascar 2003-2004

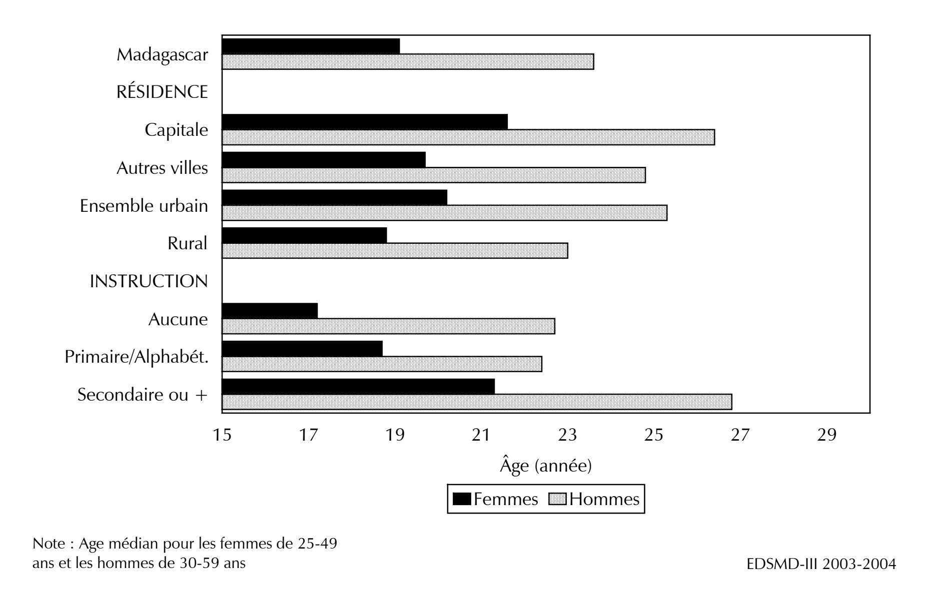
	Âge actuel								Hommes
Caractéristique	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	Âge 20-49	Âge 25-49	âge 30-59
Milieu de résidence									
Capitale	a	21,2	21,5	21,3	22,0	22,9	a	21,6	26,4
Autres villes	19,7	19,4	20,0	20,2	19,5	19,5	19,7	19,7	24,8
Ensemble urbain	a	19,9	20,3	20,6	20,0	20,0	a	20,2	25,3
Rural	18,7	18,6	18,9	19,3	18,6	18,3	18,8	18,8	23,0
Province									
Antananarivo	a	20,7	21,2	21,2	20,3	20,2	a	20,7	25,4
Fianarantsoa	19,0	18,9	18,8	19,7	19,0	19,0	19,0	19,0	23,9
Toamasina	18,9	18,7	19,7	18,8	18,7	18,6	18,9	18,9	22,5
Mahajanga	18,0	16,9	18,2	18,4	18,0	18,1	17,9	17,9	22,2
Toliara	17,3	17,4	17,3	18,6	17,9	16,3	17,5	17,5	24,4
Antsiranana	16,8	18,2	18,3	19,0	17,6	16,9	17,9	18,1	21,4
Niveau d'instruction									
Aucune instruction	16,9	17,7	17,0	16,8	17,2	16,7	17,1	17,2	22,7
Primaire/ Alphabét.	18,5	18,5	18,8	18,7	18,6	18,7	18,6	18,7	22,4
Secondaire ou plus	a	21,0	20,8	21,8	22,2	21,6	a	21,3	26,8
Niveau de bien-être									
Le plus pauvre	17,5	17,5	17,7	17,9	16,9	18,0	17,5	17,6	21,4
Second	17,8	19,0	18,3	18,5	16,9	17,2	18,1	18,1	23,4
Moyen	18,8	18,2	19,1	18,1	19,1	17,9	18,6	18,5	22,3
Quatrième	18,9	19,1	19,8	20,8	19,7	19,5	19,6	19,8	24,1
Le plus riche	a	21,1	21,4	21,7	21,1	21,1	a	21,3	27,2
Ensemble	19,0	18,9	19,3	19,6	19,0	18,7	19,1	19,1	23,6

Note : L'âge médian n'est pas calculé pour les femmes de 15-19 ans et les hommes de 15-29 ans parce que certains d'entre eux peuvent encore avoir leurs premiers rapports sexuels avant d'atteindre 20 ans pour les femmes et 30 ans pour les hommes.
a = Non calculés parce que moins de 50 % des femmes du groupe d'âges x à x+4 sont en union à l'âge x

Le calendrier de la primo nuptialité présente également des variations selon le niveau d'instruction. En effet, chez les femmes, et quel que soit le groupe d'âges considéré, l'âge médian à la première union s'élève nettement avec le niveau d'instruction : pour l'ensemble des femmes de 25-49 ans, l'âge médian à la première union varie de 17,2 ans chez les femmes n'ayant aucune instruction à 21,3 ans pour celles du niveau secondaire et plus. De même, chez les hommes, on observe que ceux qui ont atteint le niveau secondaire et plus ontractent leur première union 4,1 ans plus tard que ceux n'ayant aucune instruction (26,8 ans contre 22,7 ans).

Enfin, les résultats de l'EDSMD-III montrent également que le niveau de bien-être du ménage influence fortement l'âge auquel les femmes et les hommes contractent leur première union : en effet, ceux qui vivent dans les ménages aisés ont tendance à contracter leur première union à des âges plus tardifs que ceux qui vivent dans les ménages les plus pauvres.

Graphique 6.3 **Âge médian à la première union des femmes et des hommes**



Note : Age médian pour les femmes de 25-49 ans et les hommes de 30-59 ans

EDSMD-III 2003-2004

6.3 ÂGE AUX PREMIERS RAPPORTS SEXUELS

Bien qu'il soit admis, dans la plupart des sociétés, que l'union constitue le cadre privilégié de l'activité sexuelle, force est de constater qu'à l'heure actuelle une proportion non négligeable de femmes ont des enfants avant la date officielle de leur première union. Dans le contexte malgache, deux raisons majeures peuvent justifier l'intérêt que l'on accorde à l'âge aux premiers rapports sexuels. On considère d'une part que l'activité sexuelle prénuptiale tend à accroître les risques de contracter les maladies transmises sexuellement, y compris le VIH/sida, dans la mesure où à cette période de la vie, les relations sexuelles sont généralement instables et le multi partenariat fréquent. D'autre part, l'activité sexuelle prénuptiale entraîne souvent des conséquences sociales et mêmes économiques, l'une de ces conséquences négatives étant les grossesses non planifiées.

Lors de l'EDSMD-III, on a demandé aux femmes et aux hommes à quel âge elles/ils avaient eu, pour la première fois, des rapports sexuels. Le tableau 6.4 présente les proportions de femmes et d'hommes ayant déjà eu des rapports sexuels à différents âges exacts et l'âge médian aux premiers rapports sexuels.

On constate que parmi les femmes âgées de 25-49 ans, 15% d'entre elles avaient déjà eu leurs premiers rapports sexuels à 15 ans exacts. À 20 ans exacts, cette proportion est de 77 % et, en atteignant 25 ans exacts, la quasi-totalité des femmes (91 %) avait déjà eu leurs premiers rapports sexuels. Quant à l'âge médian aux premiers rapports sexuels, il s'établit à 17,5 ans pour les femmes de 25-49 ans. Il est inférieur de 1,6 an à l'âge médian d'entrée en première union (19,1 ans) (graphique 6.4). En outre, des générations anciennes aux plus récentes, les résultats ne mettent pas en évidence des variations significatives.

Tableau 6.4 Âge aux premiers rapports sexuels

Pourcentage de femmes et d'hommes ayant déjà eu des rapports sexuels par âge exact et âge médian aux premiers rapports sexuels, selon l'âge actuel, EDSMD-III Madagascar 2003-2004

Âge actuel	Pourcentage ayant déjà eu des rapports sexuels à l'âge exact de : 15	18	20	22	25	Pourcentage n'ayant jamais eu de rapports sexuels	Effectif	Âge médian aux 1ers rapports sexuels
FEMMES								
15-19	16,0	na	na	na	na	45,1	1 528	a
20-24	13,8	58,7	80,9	na	na	8,1	1 391	17,3
25-29	13,8	59,3	78,4	88,1	92,4	2,4	1 347	17,4
30-34	14,8	53,8	78,1	87,8	92,3	0,8	1 155	17,6
35-39	14,9	54,2	74,0	85,3	91,2	0,6	940	17,6
40-44	16,1	56,7	75,6	85,1	89,0	0,1	932	17,4
45-49	12,4	53,5	74,6	84,2	90,4	0,4	655	17,5
20-49	14,3	56,5	77,5	na	na	2,6	6 421	17,4
25-49	14,5	55,8	76,5	86,4	91,3	1,0	5 030	17,5
HOMMES								
15-19	7,7	na	na	na	na	55,7	416	a
20-24	9,6	52,7	78,9	na	na	13,6	416	17,8
25-29	6,9	55,2	84,4	92,2	94,1	3,1	400	17,6
30-34	6,3	57,1	76,6	85,7	94,1	0,0	251	17,6
35-39	7,2	49,8	77,3	90,3	95,6	0,0	292	18,0
40-44	2,8	48,3	86,4	95,0	96,8	0,1	234	18,1
45-49	3,1	40,6	75,4	91,4	94,5	0,0	207	18,4
50-54	8,5	36,4	70,3	85,3	92,8	0,0	133	18,7
55-59	9,0	50,3	70,7	82,2	98,3	0,0	83	18,0
25-59	6,0	49,8	79,1	90,0	94,9	0,8	1 600	18,0

na = Non applicable
a = Non calculés parce que moins de 50 % des femmes ou des hommes du groupe d'âges x à x+4 ont eu les premiers rapports sexuels à l'âge x

Parmi les hommes de 25-59 ans, on constate que 6 % avaient déjà eu leurs premiers rapports sexuels à l'âge de 15 ans ; à l'âge de 20 ans, cette proportion est de 79 %. C'est en atteignant leur 25è anniversaire que la quasi-totalité des hommes (95 %) ont eu leurs premiers rapports sexuels. L'âge médian aux premiers rapports sexuels des hommes est de 18 ans et il est inférieur de 5,6 ans à celui de l'âge d'entrée en première union. En outre, il est très proche de celui des femmes (18,0 ans contre 17,5 ans).

De même que chez les femmes, cet âge médian aux premiers rapports sexuels ne semble pas avoir subi de changements puisque dans les générations les plus anciennes, la moitié des hommes avait eu leurs premiers rapports sexuels à 18,0 ans contre 17,8 ans dans les générations les plus récentes.

Par ailleurs, les résultats selon les caractéristiques socio-démographiques mettent évidence les mêmes types de variations que celles déjà constatées pour l'âge d'entrée en première union, soit un âge aux premiers rapports sexuel plus précoce en milieu rural, dans les provinces de Toliara et d'Antsiranana,

parmi les femmes et les hommes sans instruction et parmi ceux vivant dans les ménages les plus pauvres (tableau 6.5).

En outre, on peut noter que l'écart entre l'âge médian d'entrée en première union et l'âge médian aux premiers rapports sexuels est plus réduit en milieu rural qu'en milieu urbain (graphique 6.4), et ceci pour les deux sexes. Cela pourrait s'expliquer par le fait que, en milieu rural, la plupart des premières unions se contractent tout juste après les premières relations sexuelles. Par contre, en ville, on observe une activité sexuelle prénuptiale beaucoup plus importante. Pour les femmes du milieu rural, par exemple, les premières relations sexuelles ont lieu 1,7 an avant la première union alors qu'en urbain, cet écart est de 2 ans. Chez les hommes, l'écart entre les deux âges médians est encore plus important : 5 ans pour les hommes vivant en milieu rural, 7,2 ans pour les hommes vivant en ville, et 8 ans pour les hommes vivant dans la capitale.

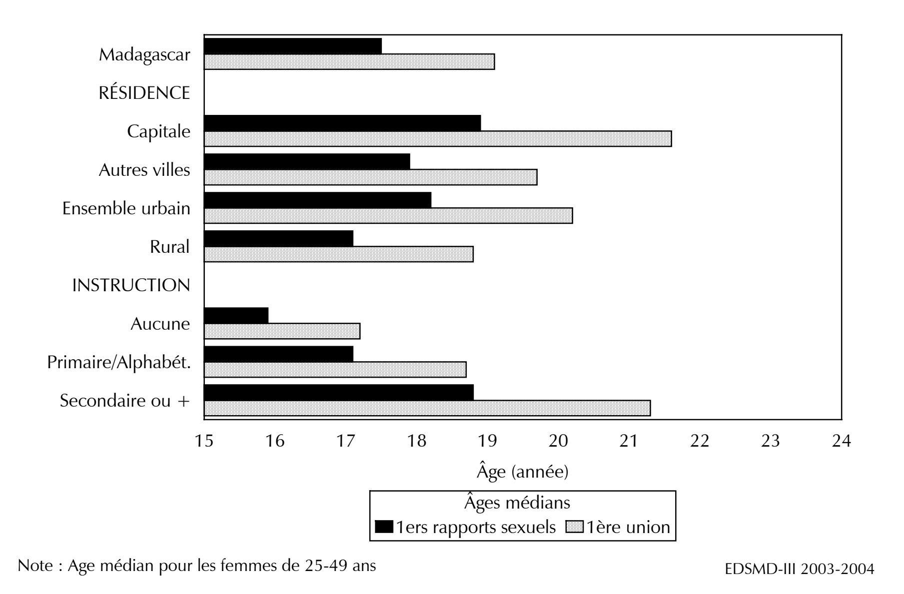
Tableau 6.5 Âge médian aux premiers rapports sexuels

Âge médian aux premiers rapports sexuels des femmes de 20-49 ans et des hommes de 25-59 ans, par âge actuel et selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDSMD-III Madagascar 2003-2004

	Âge actuel						Âge	Âge	Hommes âge
Caractéristique	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	20-49	25-49	25-59
Milieu de résidence									
Capitale	18,7	18,5	19,1	18,8	19,6	20,1	18,9	18,9	18,4
Autres villes	17,5	17,7	17,9	18,1	17,9	18,2	17,8	17,9	18,0
Ensemble urbain	17,8	17,9	18,2	18,3	18,2	18,5	18,1	18,2	18,1
Rural	17,1	17,1	17,2	17,3	17,0	17,0	17,1	17,1	18,0
Province									
Antananarivo	18,7	18,7	18,9	19,4	18,5	18,7	18,8	18,8	18,6
Fianarantsoa	17,4	17,1	17,1	17,5	16,9	16,8	17,2	17,1	18,2
Toamasina	16,5	16,7	17,3	16,6	16,6	17,0	16,7	16,8	17,6
Mahajanga	16,6	16,4	16,4	16,9	16,7	17,5	16,6	16,6	17,0
Toliara	15,7	16,8	15,8	16,3	16,4	15,8	16,1	16,3	17,6
Antsiranana	15,7	15,8	16,4	16,2	15,9	16,1	15,9	16,0	16,8
Niveau d'instruction									
Aucune instruction	15,7	16,3	15,4	15,8	15,9	15,8	15,8	15,9	16,8
Primaire/ Alphabét.	17,0	16,9	17,4	16,9	17,1	17,6	17,1	17,1	17,7
Secondaire ou plus	18,7	18,5	18,7	19,3	19,3	19,4	18,8	18,8	18,6
Niveau de bien-être									
Le plus pauvre	16,3	16,5	16,2	16,2	16,2	16,4	16,3	16,3	17,0
Second	16,5	17,1	16,3	16,6	16,3	16,0	16,5	16,5	17,3
Moyen	16,8	16,5	17,7	16,9	17,0	16,7	16,8	16,9	17,6
Quatrième	17,4	17,4	18,3	18,6	17,6	18,4	17,9	18,0	18,4
Le plus riche	18,6	18,5	18,8	19,4	18,7	19,4	18,8	18,8	18,7
Ensemble	17,3	17,4	17,6	17,6	17,4	17,5	17,4	17,5	18,0

Note : L'âge médian n'est pas calculé pour les femmes de 15-19 ans et les hommes de 15-24 ans parce que certains d'entre eux peuvent encore avoir leurs premiers rapports sexuels avant d'atteindre 20 ans pour les femmes et 25 ans pour les hommes.

Graphique 6.4 Âges médians des femmes à la première union et aux premiers rapports sexuels



Note : Age médian pour les femmes de 25-49 ans

EDSMD-III 2003-2004

6.4 ACTIVITÉ SEXUELLE RÉCENTE

La fréquence des rapports sexuels constitue un facteur déterminant de l'exposition au risque de grossesse notamment dans une société où la pratique de la contraception est faible comme c'est le cas à Madagascar. L'étude de l'activité sexuelle récente permet de déterminer la proportion de femmes sexuellement actives au moment de l'enquête. Le tableau 6.6 fournit les données sur l'activité sexuelle la plus récente des femmes, en fonction de leurs caractéristiques socio-démographiques.

Les données du tableau 6.6 indiquent que 60 % des femmes ont déclaré avoir été sexuellement actives au cours des quatre semaines ayant précédé l'enquête. Les proportions de femmes sexuellement actives augmentent avec l'âge et atteignent un maximum à 35-39 ans (71 %). Les résultats montrent que ce sont les célibataires qui ont été les moins fréquemment actives sur le plan sexuel (17 % contre 84 % pour les femmes ayant été mariées plus d'une fois). Quant à l'activité sexuelle des femmes en union, on n'observe pas une évolution régulière en fonction de la durée de l'union.

En fonction du milieu de résidence, on ne note pas d'écarts très importants. L'examen des résultats par province ne met pas non plus en évidence de variations significativement importantes.

En fonction de la méthode contraceptive utilisée, il semble que ce sont les utilisatrices de la pilule qui ont déclaré avoir été le plus fréquemment actives sur le plan sexuel (89 % contre 79 % pour la stérilisation).

Tableau 6.6 Activité sexuelle récente

Répartition (en %) des femmes par activité sexuelle la plus récente, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDSMD-III Madagascar 2003-2004

	Derniers rapports sexuels				N'a jamais eu de rapports sexuels		
Caractéristique	Au cours des 4 dernières semaines	Au cours de la dernière année[1]	Il y'a un an ou plus	ND		Total	Effectif
Âge							
15-19	31,0	12,1	2,6	9,2	45,1	100,0	1 528
20-24	61,3	12,0	2,6	16,0	8,1	100,0	1 391
25-29	70,7	12,7	3,6	10,5	2,4	100,0	1 347
30-34	69,8	10,4	6,3	12,7	0,8	100,0	1 155
35-39	70,9	12,2	8,1	8,3	0,6	100,0	940
40-44	69,1	12,3	13,3	5,3	0,1	100,0	932
45-49	59,4	16,2	22,1	1,9	0,4	100,0	655
Durée de l'union							
0-4 ans	81,8	7,9	0,1	10,2	0,0	100,0	1 028
5-9 ans	84,6	7,3	0,0	8,1	0,0	100,0	881
10-14 ans	83,2	10,4	0,2	6,2	0,0	100,0	754
15-19 ans	84,1	8,6	0,0	7,3	0,0	100,0	478
20-24 ans	86,7	9,9	0,7	2,6	0,0	100,0	389
25 ans ou +	81,1	14,8	1,2	2,9	0,0	100,0	349
Mariée plus d'une fois	84,3	9,3	0,8	5,7	0,0	100,0	1 261
Divorcée/séparée/ veuve/célibataire	17,3	18,0	18,5	15,7	30,4	100,0	2 809
Milieu de résidence							
Capitale	61,1	10,1	8,4	3,1	17,3	100,0	466
Autres villes	57,6	14,9	7,6	7,7	12,3	100,0	1 509
Ensemble urbain	58,4	13,7	7,8	6,6	13,5	100,0	1 975
Rural	60,8	11,9	6,5	11,1	9,8	100,0	5 974
Province							
Antananarivo	59,5	10,2	6,4	6,3	17,6	100,0	2 671
Fianarantsoa	50,2	10,2	11,9	17,1	10,6	100,0	1 599
Toamasina	63,2	14,0	4,9	11,6	6,3	100,0	1 196
Mahajanga	65,9	13,4	4,9	10,3	5,5	100,0	987
Toliara	66,1	16,0	4,9	7,4	5,6	100,0	957
Antsiranana	65,2	16,9	4,5	7,4	5,9	100,0	539
Niveau d'instruction							
Aucune instruction	59,2	15,1	7,6	13,0	5,1	100,0	1 741
Primaire/ Alphabét.	60,5	10,5	7,3	12,1	9,6	100,0	3 757
Secondaire ou plus	60,5	13,1	5,5	4,5	16,5	100,0	2 451
Méthode de contra- ception utilisée							
Stérilisation	79,4	14,8	5,8	0,0	0,0	100,0	57
Pilule	88,6	8,4	0,9	2,1	0,0	100,0	227
DIU	(95,1)	(3,5)	(1,5)	(0,0)	(0,0)	(100,0)	34
Condom	86,1	13,5	0,4	0,0	0,0	100,0	91
Continence périodique	84,0	13,7	0,6	1,1	0,6	100,0	559
Autre méthode	83,3	9,5	0,7	6,6	0,0	100,0	751
Aucune méthode	53,5	12,7	8,4	11,7	13,6	100,0	6 230
Ensemble	60,2	12,3	6,8	10,0	10,7	100,0	7 949

[1] Non compris les femmes qui ont eu des rapports sexuels au cours des quatre dernières semaines.
( ) Basé sur un faible nombre de cas non pondérés.

6.5 EXPOSITION AU RISQUE DE GROSSESSE

A la suite d'un accouchement, pendant un certain temps, la femme n'est pas exposée aux risques de grossesse. Ce temps est déterminé, entre autres facteurs, par la durée de l'aménorrhée post-partum, qui va de l'accouchement au retour de l'ovulation, et par le temps pendant lequel la femme s'abstient de relations sexuelles (ou abstinence post-partum). La combinaison de ces facteurs permet d'identifier les femmes non susceptibles d'être exposées aux risques de grossesse et de mesurer la durée de non susceptibilité. Cette durée se définit comme le temps pendant lequel une femme n'est pratiquement pas soumise au risque de concevoir. Elle constitue un facteur important de différenciation de la fécondité.

Une femme non susceptible d'être exposée au risque de grossesse est celle qui est temporairement protégée parce qu'elle n'a pas repris les rapports sexuels depuis son dernier accouchement (abstinence post-partum) et/ou qui est en aménorrhée post-partum. Dans ce dernier cas, ses risques de grossesse sont négligeables même si elle reprend les relations sexuelles sans couverture contraceptive.

Au tableau 6.7, figurent les pourcentages des naissances des trois dernières années dont les mères sont en aménorrhée, en abstinence et en non susceptibilité post-partum en fonction du nombre de mois écoulés depuis la naissance. Le tableau fournit également la moyenne et la médiane de ces différentes durées.

De ce tableau, il ressort que les durées médiane et moyenne de l'aménorrhée post-partum sont respectivement de 9,5 mois et 11,3 mois. Par ailleurs, il faut noter que près de trois femmes sur quatre (74 %) restent en aménorrhée pendant au moins 4 à 5 mois après l'accouchement. Dans 39 % des cas, l'aménorrhée post-partum a duré au moins 12-13 mois.

Quant à l'abstinence post-partum, elle est pratiquée par les femmes malgaches mais pendant une période relativement courte. Ainsi, la durée moyenne de l'abstinence post-partum est de 6,7 mois et la moitié des femmes reprennent les rapports sexuels 3,3 mois (durée médiane) après l'accouchement.

De ces résultats, on peut conclure que c'est plus l'aménorrhée que l'abstinence qui contribue à l'espacement des naissances. C'est la pratique de l'allaitement qui expliquerait le fait que les mères restent en aménorrhée pendant une période relativement plus longue que celle de l'abstinence post-partum (Chapitre 9 - Allaitement et état nutritionnel : la moitié des enfants sont allaités pendant une période de 21,6 mois).

Le tableau fournit également la proportion de naissances dont les mères sont considérées comme non susceptibles d'être exposées au risque de grossesse, en fonction de la durée écoulée depuis la naissance du dernier enfant. Près de sept femmes sur dix (68 %) sont en période de non susceptibilité pour au moins 7 mois après la naissance d'un enfant. Douze mois après l'accouchement, ce taux tombe à 48 %. Enfin, les durées médiane et moyenne de la période de non susceptibilité sont respectivement de 11,1 mois et 13,1 mois.

Tableau 6.7 Aménorrhée, abstinence, et non-susceptibilité post-partum

Pourcentage de naissances des trois années ayant précédé l'enquête dont les mères sont en aménorrhée, en abstinence et en non-susceptibilité post-partum, par nombre de mois écoulés depuis la naissance et durées médianes et moyennes, EDSMD-III Madagascar 2003-2004

Nombre de mois depuis la naissance	Pourcentage de naissances dont les mères sont en : Aménorrhée post-partum	Abstinence post-partum	Non-susceptibilité post-partum	Effectif de naissances
< 2	94,1	91,0	99,5	196
2-3	81,4	55,9	88,4	217
4-5	74,0	32,2	77,3	231
6-7	60,1	25,3	67,6	271
8-9	52,7	22,1	60,9	203
10-11	46,2	12,0	52,6	176
12-13	39,4	13,8	47,5	234
14-15	25,3	5,2	26,4	207
16-17	22,3	6,8	26,2	258
18-19	18,4	13,7	24,2	259
20-21	15,3	7,2	19,0	182
22-23	11,8	10,3	19,3	218
24-25	2,1	1,9	2,9	228
26-27	0,8	4,5	4,6	180
28-29	1,2	6,8	8,0	171
30-31	2,7	5,4	8,0	178
32-33	3,8	5,0	7,5	175
34-35	1,3	3,3	3,5	151
Ensemble	32,3	18,4	37,4	3 735
Médiane	9,5	3,3	11,1	na
Moyenne	11,3	6,7	13,1	na

Note: Les estimations sont basées sur le statut au moment de l'enquête.
na = Non applicable

La durée médiane de l'aménorrhée post-partum des femmes malgaches est de 9,5 mois et elle varie peu selon l'âge (tableau 6.8). Elle est légèrement plus courte chez les femmes les plus jeunes (9 mois contre 10 mois pour celles âgées de 30-49 ans). En fonction du milieu de résidence, on constate des écarts, la durée médiane variant d'un minimum de 5,5 mois chez les femmes de la capitale à un maximum de 9,9 mois parmi celles du milieu rural. Enfin, les résultats montrent que les femmes sans instruction ont une durée d'aménorrhée post-partum plus longue que les femmes instruites (9,4 pour celles ayant un niveau primaire et 6,5 pour celles ayant un niveau secondaire ou plus). En ce qui concerne la durée médiane de l'abstinence post-partum, on constate également certaines variations : c'est parmi les femmes les plus âgées (3,5 mois), celles du milieu rural (3,4 mois), celles de la province d'Antsiranana (3,9 mois) et parmi celles qui n'ont aucune instruction (3,8 mois) que cette durée est la plus longue.

Tableau 6.8 Durée médiane de la non-susceptibilité post-partum par caractéristiques socio-démographiques

Nombre médian de mois d'aménorrhée, d'abstinence et de non-susceptibilité post-partum, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDSMD-III Madagascar 2003-2004

Caractéristique	Aménorrhée post-partum	Abstinence post-partum	Non-susceptibilité post-partum	Effectif de naissances
Âge				
15-29	9,0	3,1	11,4	2 330
30-49	10,0	3,5	10,6	1 405
Milieu de résidence				
Capitale	5,5	2,4	6,0	118
Autres villes	8,2	2,8	10,1	555
Ensemble urbain	7,7	2,7	9,0	673
Rural	9,9	3,4	11,4	3 061
Province				
Antananarivo	6,4	2,4	7,6	1 031
Fianarantsoa	11,7	5,4	13,1	823
Toamasina	10,0	3,6	11,0	547
Mahajanga	10,7	2,9	11,5	553
Toliara	9,0	2,4	10,5	537
Antsiranana	10,3	3,9	11,7	244
Niveau d'instruction				
Aucune instruction	11,9	3,8	12,3	1 012
Primaire/ Alphabét.	9,4	3,3	11,7	1 943
Secondaire ou plus	6,5	2,4	7,6	780
Ensemble	9,5	3,3	11,1	3 735

Note: Les médianes sont basées sur le statut actuel.

6.6 MÉNOPAUSE

Les femmes cessent d'être exposées au risque de grossesse quand elles atteignent la ménopause. Dans le cadre de l'EDSMD-III, les femmes ont été considérées comme ménopausées lorsque, n'étant ni enceintes ni en aménorrhée post-partum, elles n'avaient pas eu leurs règles pendant au moins six mois avant la période de l'enquête ou quand elles s'étaient déclarées elles-mêmes en ménopause.

L'indicateur de fin d'exposition au risque de grossesse – pourcentage de femmes de 30-49 ans en ménopause – est présenté au tableau 6.9. Au moment de l'enquête, 11 % des femmes âgées de 30-49 ans se sont déclarées ménopausées. Cette proportion augmente à mesure que l'âge avance : de 4 % chez les 30-34 ans, elle atteint 8 % à 40 ans, pour s'établir à 44 % à 48-49 ans.

Tableau 6.9 Ménopause

Pourcentage de femmes de 30-49 qui ne sont pas enceintes, qui ne sont pas en aménorrhée post-partum et qui sont en ménopause, EDSMD-III Madagascar 2003-2004

Âge	Pourcentage des femmes en ménopause[1]	Effectif
30-34	4,2	1 155
35-39	3,5	940
40-41	7,8	440
42-43	11,9	317
44-45	15,3	341
46-47	33,1	279
48-49	44,2	210
Ensemble	10,6	3 683

[1] Pourcentage de toutes les femmes qui ne sont pas enceintes et qui ne sont pas en aménorrhée post-partum dont les dernières règles ne se sont pas produites dans les six mois ou plus ayant précédé l'enquête

PRÉFÉRENCES EN MATIÈRE DE FÉCONDITÉ 7

Iarivony RANDRETSA

Les questions sur les préférences en matière de fécondité permettent d'évaluer le degré de réussite des couples dans le contrôle de leur fécondité, ainsi que les besoins futurs en matière de contraception à Madagascar aussi bien pour espacer que pour limiter les naissances. Ce chapitre traitera des sujets suivants : le désir d'avoir ou non des enfants supplémentaires, les besoins en matière de planification familiale, le nombre total d'enfants désirés et la planification de la fécondité.

Les données sur les attitudes et les opinions vis-à-vis de la procréation ont toujours été un sujet de controverse. En effet, certains chercheurs pensent que les réponses aux questions sur ces préférences ne reflètent que des points de vue éphémères qui sont exprimés sans grande conviction, ou qu'elles ne tiennent pas compte de l'effet des pressions sociales ou des attitudes des autres membres de la famille notamment celles du mari, qui peuvent avoir une grande influence sur les décisions en matière de reproduction. De plus, ces données sont obtenues à partir d'un échantillon de femmes de différents âges et vivant des moments différents de leur histoire génésique. Pour les femmes en début d'union, les réponses sont liées à des objectifs à moyen ou à long terme dont la stabilité et la valeur prédictive sont incertaines. Pour les femmes en fin de période de procréation, les réponses sont influencées immanquablement par leur histoire génésique.

Malgré les problèmes d'interprétation touchant l'analyse des données sur les préférences en matière de fécondité, les résultats obtenus peuvent néanmoins aider à expliquer les facteurs qui affectent la fécondité à Madagascar, où la prévalence contraceptive reste faible et où les niveaux de la fécondité demeurent très élevés. L'analyse présentée dans ce chapitre porte uniquement sur les femmes et les hommes en union au moment de l'enquête.

7.1 DÉSIR D'ENFANTS (SUPPLÉMENTAIRES)

Le désir d'avoir ou non des enfants supplémentaires dans un avenir plus ou moins proche est très influencé par l'âge de la femme, et par son nombre d'enfants actuellement en vie et/ou par celui du couple.

Une série de questions a été posée à l'EDSMD-III aux femmes et aux hommes actuellement en union pour obtenir des informations sur les attitudes quant au désir d'espacer ou de limiter leurs naissances. Le tableau 7.1 et le graphique 7.1 présentent les résultats selon le nombre d'enfants vivants (y compris la grossesse actuelle) au moment de l'enquête. Quatre femmes sur dix (40 %) ne veulent plus d'enfants, et plus de la moitié (52 %) désirent un enfant supplémentaire. Parmi ces dernières, 29 % veulent espacer la prochaine naissance d'au moins deux ans et seulement 20 % des femmes veulent avoir un enfant dans les deux années à venir. Au total, 69 % des femmes en union, c'est-à-dire celles ne voulant plus d'enfants (40 %) et celles désirant espacer la prochaine naissance d'au moins deux ans (29 %) sont considérées comme des candidates potentielles à l'utilisation de la planification familiale. Il faut souligner que cette proportion de femmes candidates à la planification familiale est restée pratiquement stable au cours des douze dernières années à Madagascar (depuis l'ENDS-1992). Par contre, les proportions de femmes souhaitant espacer les naissances pour une période d'au moins deux ans sont légèrement plus faibles à l'EDSMD-III qu'à la précédente enquête effectuée en 1997 (29 % contre 32 %). La proportion de femmes ne voulant plus d'enfants a légèrement augmenté par rapport à la proportion observée à l'EDS 1997 (40 % contre 37 %).

Tableau 7.1 Préférences en matière de fécondité selon le nombre d'enfant survivants

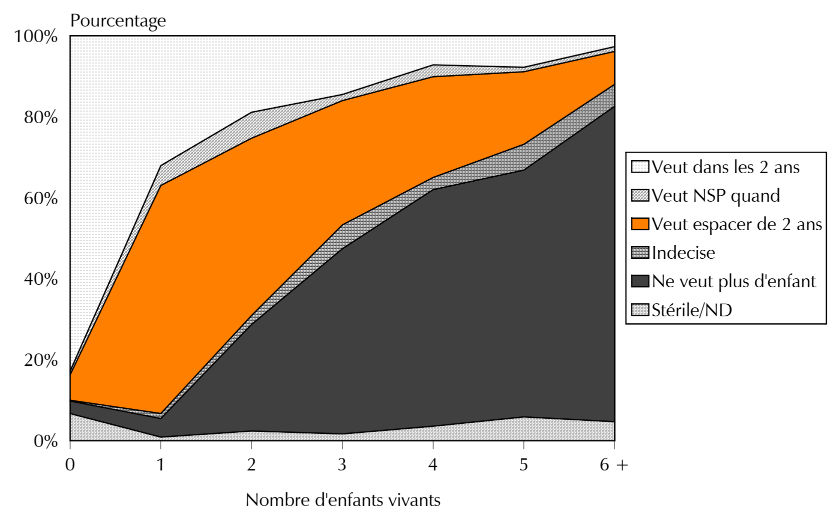
Répartition (en %) des femmes et des hommes actuellement en union par désir d'enfants supplémentaires, selon le nombre d'enfants vivants, EDSMD-III Madagascar 2003-2004

Désir d'enfants	Nombre d'enfants vivants[1] 0	1	2	3	4	5	6 ou +	Ensemble
FEMMES								
Veut un autre								
Veut un autre bientôt[2]	82,8	32,0	18,9	14,5	7,2	7,8	2,7	19,6
Veut un autre plus tard[3]	6,3	56,2	43,8	30,7	24,9	17,9	8,1	29,2
Veut un autre, NSP quand	0,9	4,9	6,4	1,5	2,9	1,1	1,2	3,0
Indécise	0,2	1,2	2,2	5,9	3,0	6,4	5,4	3,6
N'en veut plus	3,1	4,5	26,1	44,2	56,0	59,1	76,4	40,2
Stérilisée	0,0	0,1	0,2	1,5	2,4	1,8	1,5	1,1
A déclaré qu'elle est stérile	6,6	0,9	2,4	1,7	3,6	5,9	4,7	3,2
Total[4]	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif	398	768	997	949	630	480	916	5 140
HOMMES								
Veut un autre								
Veut un autre bientôt[2]	60,4	42,9	32,3	21,6	22,4	13,0	11,2	27,6
Veut un autre plus tard[3]	28,1	48,7	30,5	31,7	15,6	18,9	13,6	27,0
Veut un autre, NSP quand	2,2	5,5	7,8	5,7	10,0	1,1	1,5	5,0
N'en veut plus	5,3	2,2	27,0	35,8	45,5	58,2	62,2	34,8
Homme/femme s'est déclaré stérile	2,4	0,4	1,6	3,9	4,7	8,5	10,3	4,6
Total[4]	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif	140	233	271	248	195	144	296	1 527

[1] Y compris la grossesse actuelle (pour les femmes)
[2] Veut un autre dans les deux ans
[3] Veut espacer la prochaine naissance de deux ans ou plus
[4] Y compris les non déterminés

La proportion de femmes qui ne veulent plus d'enfants augmentent rapidement avec le nombre d'enfants survivants (graphique 7.1). En effet, elle passe de 3 % chez les nullipares à 44 % chez celles qui ont 3 enfants et à 76 % chez celles qui en ont 6 ou plus. Par ailleurs, on note que la grande majorité (89 %) des femmes nullipares souhaite avoir un/ d'autres enfants, et que 83 % les veulent dans les deux années à venir. À l'inverse, le désir d'avoir un enfant supplémentaire après le premier enfant vivant diminue au fur et à mesure que le nombre d'enfants augmente. Si 83 % des femmes sans enfant manifestent le désir d'avoir un enfant dans moins de deux ans, ce pourcentage diminue nettement pour passer à 32 % pour celles qui ont déjà 1 enfant, puis à 19 % pour celles ayant déjà 2 enfants et il atteint un minimum de 3 % (contre 6% à l'EDS-97) pour celles qui ont 6 enfants ou plus. La proportion de femmes qui désirent différer la venue d'un enfant supplémentaire ne cesse de diminuer en fonction du nombre d'enfants déjà obtenus, passant de 56 % pour celles qui ont un enfant à 8 % pour celles qui en ont 6 ou plus.

Graphique 7.1 Désir d'enfants supplémentaires des femmes en union, selon le nombre d'enfants vivants



Note : La catégorie "Ne veut plus d'enfants" inclut les femmes stérilisées

EDSMD-III 2003-2004

Chez les hommes en union au moment de l'enquête, on constate que la proportion de ceux qui ne veulent plus d'enfants est un peu plus faible (35 %) que celle observée chez les femmes (40 %). Par contre, 55 % des hommes en union ont déclaré vouloir d'autres enfants contre 49 % chez les femmes. À l'instar des femmes, la proportion des hommes désirant un enfant supplémentaire diminue en fonction du nombre d'enfants vivants, passant de 92 % pour ceux qui ont 1 enfant, à 63 % pour ceux qui en ont 2 pour atteindre un minimum de 25 % chez ceux en ayant au moins 6.

La variable âge est un facteur important dont il faut tenir compte pour expliquer les attitudes et comportements des femmes et des hommes en matière de fécondité. Les résultats du tableau 7.2 montrent que la proportion de femmes qui veulent différer la venue du prochain enfant concerne plus de la moitié des femmes à 15-19 ans et à 20-24 ans (respectivement, 61 % et 57 %) ; à 30-34 ans, cette proportion n'est plus que de 24 % et à 35-39 ans, seulement 10 % des femmes veulent attendre au moins deux ans pour avoir un autre enfant. La proportion de femmes qui veulent avoir un enfant dans les deux années à venir décroît régulièrement avec l'âge passant de 27 % à 15-19 ans à 18 % à 35-39 ans et à 8 % à 45-49 ans. Quant à la proportion de femmes qui ne veulent plus d'enfants, elle varie également selon l'âge, puisqu'elle concerne plus du quart des femmes (26 %) à 25-29 ans, près des deux tiers des femmes (63 %) à 35-39 ans et sept femmes sur dix (70 %) à 40-44 ans.

Chez les hommes en union, le désir d'avoir un enfant rapidement est également influencé par l'âge : en effet, à 20-24 ans et à 25-29 ans, un peu moins du tiers des hommes (respectivement 32 % et 30 %) veulent avoir un enfant dans les deux années à venir; à 35-39 ans, cette proportion est de 35 % et elle atteint un minimum de 22 % à 45-49 ans. À l'inverse, la proportion d'hommes qui ne veulent plus d'enfants augmente régulièrement avec l'âge passant de 16 % à 25-29 ans à 36 % à 35-39 ans et à 61 % à 45-49 ans.

Tableau 7.2 Préférences en matière de fécondité selon l'âge

Répartition (en %) des femmes et des hommes actuellement en union par désir d'enfants supplémentaires et par l'âge, EDSMD-III Madagascar 2003-2004

Désir d'enfants	Âge 15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	Ensemble
FEMMES										
Veut un autre										
Veut un autre bientôt[1]	26,7	22,6	23,2	22,9	18,1	11,4	8,1	na	na	19,6
Veut un autre plus tard[2]	60,6	57,1	41,4	24,3	9,6	4,5	0,2	na	na	29,2
Veut un autre, NSP quand	5,1	4,6	3,9	2,7	1,5	1,7	1,1	na	na	3,0
Indécise	0,7	2,5	4,7	5,2	4,5	3,7	1,6	na	na	3,6
N'en veut plus	6,8	13,2	25,7	42,1	62,7	68,6	69,8	na	na	40,2
Stérilisée	0,0	0,0	0,4	0,8	0,9	3,8	2,3	na	na	1,1
A déclaré qu'elle est stérile	0,1	0,1	0,7	2,0	2,7	6,3	16,9	na	na	3,2
Total[3]	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	na	na	100,0
Effectif	416	875	1 028	905	758	708	450	na	na	5 140
HOMMES										
Veut un autre										
Veut un autre bientôt[1]	*	32,0	30,2	29,4	34,9	21,5	21,6	17,1	22,6	27,6
Veut un autre plus tard[2]	*	58,8	44,0	35,2	22,2	16,5	4,8	1,3	3,9	27,0
Veut un autre, NSP quand	*	5,1	7,7	8,1	3,9	5,7	1,7	3,7	0,0	5,0
N'en veut plus	*	2,9	16,0	23,6	36,4	53,1	61,2	64,8	45,4	34,8
Homme/femme s'est déclaré stérile	*	0,5	0,4	0,7	2,5	3,2	9,3	12,8	28,1	4,6
Total[3]	*	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif	23	161	296	196	253	215	188	120	75	1 527

na = Non applicable
[1] Veut un autre enfant dans les deux ans.
[2] Veut espacer la prochaine naissance de deux ans ou plus.
[3] Y compris les non déterminés.
* Basé sur trop peu de cas non pondérés.

Le tableau 7.3 présente les proportions de femmes et d'hommes en union qui ne veulent plus d'enfants par caractéristiques socio-démographiques. On constate que le milieu de résidence et même la province de résidence influent sur le désir de limiter le nombre d'enfants. C'est en milieu urbain, et plus particulièrement dans la capitale, que les proportions de femmes et d'hommes qui veulent limiter leur descendance sont les plus élevées (53 % et 57 % contre 41 % et 33 % en rural). Cependant, dans la capitale, parmi les femmes qui ont 3 enfants, la proportion de celles qui n'en veulent plus a diminué par rapport à l'enquête précédente (71 % contre 82 %) alors qu'en milieu rural cette proportion a augmenté passant de 28 % à l'EDS de 1997 à 44 % à l'EDSMD-III. Selon les provinces, on remarque que les proportions de femmes et d'hommes qui ne veulent plus d'enfants varient d'un maximum de 51 % de femmes et 48 % d'hommes dans la province d'Antananarivo à un minimum de 27 % de femmes et de 17 % d'hommes dans celle de Toliara. En ce qui concerne le niveau d'instruction, on constate que plus les hommes et les femmes sont instruits, plus ils ont déclaré fréquemment ne plus vouloir d'enfants. En ce qui concerne le niveau de bien être, on note que 32 % des femmes des ménages les plus pauvres ne veulent plus d'enfants contre 46 % chez les plus riches; En outre, parmi les femmes ayant déjà quatre enfants, on constate que seulement 39 % des femmes des ménages les plus pauvres ne désirent plus d'enfants contre 86 % de celles des ménages les plus riches.

Tableau 7.3 Désir de limiter les naissances selon certaines caractéristiques socio-démographiques

Pourcentage de femmes et d'hommes actuellement en union ne voulant plus d'enfants par nombre d'enfants vivants et selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDSMD-III Madagascar 2003-2004

Caractéristique	Nombre d'enfants vivants[1]							Ensemble des femmes	Ensemble des hommes
	0	1	2	3	4	5	6 ou +		
Milieu de résidence									
Capitale	1,0	8,1	49,0	71,2	89,0	92,8	97,2	53,1	56,8
Autres villes	4,7	5,2	30,2	45,8	62,6	72,1	79,8	40,9	36,3
Ensemble urbain	4,1	6,0	36,1	53,0	68,6	75,9	81,5	43,8	41,4
Rural	2,8	4,2	22,4	43,5	55,6	57,8	77,2	40,5	32,9
Province									
Antananarivo	0,8	6,3	33,5	67,0	80,0	82,6	85,7	50,6	47,7
Fianarantsoa	4,2	3,8	18,4	31,3	43,4	45,3	86,5	36,6	27,1
Toamasina	0,4	2,2	20,8	42,2	69,9	66,9	82,5	42,2	37,5
Mahajanga	4,9	0,8	28,8	35,5	53,0	50,4	70,8	38,7	25,5
Toliara	5,5	5,2	18,4	16,3	30,8	45,7	56,0	26,6	16,9
Antsiranana	3,4	6,9	24,8	26,5	49,6	53,7	78,4	37,2	33,9
Niveau d'instruction									
Aucune instruction	5,9	4,1	18,4	29,0	31,4	55,1	71,3	34,7	27,0
Primaire/Alphabét.	1,8	2,7	19,7	34,9	55,3	55,4	80,6	39,6	30,3
Secondaire ou plus	1,7	7,4	38,7	70,7	81,5	80,9	82,0	49,3	45,0
Niveau de bien-être									
Le plus pauvre	0,0	1,6	13,3	25,6	39,2	43,9	68,4	32,4	21,6
Second	5,6	10,8	20,3	21,8	38,5	51,9	78,0	37,1	27,5
Moyen	2,6	3,8	12,4	35,7	53,0	61,6	83,1	42,0	39,7
Quatrième	6,5	1,8	32,4	59,1	73,5	76,3	81,2	48,5	38,8
Le plus riche	2,6	6,6	39,1	68,1	85,6	85,3	89,6	46,1	45,7
Ensemble	3,1	4,7	26,3	45,7	58,4	60,9	77,9	41,2	34,8

Note: Les femmes/hommes stérilisés sont considérés comme ne voulant plus d'enfant.
[1] Y compris la grossesse actuelle

7.2 BESOINS EN MATIÈRE DE PLANIFICATION FAMILIALE

Les femmes actuellement en union non utilisatrices de la contraception et qui ont déclaré ne plus vouloir d'enfants (limiter les naissances) ou qui ont déclaré vouloir attendre deux ans ou plus avant la naissance de l'enfant suivant (espacer les naissances), sont considérées comme ayant des besoins non-satisfaits en matière de contraception et constituent la demande potentielle totale en planification familiale.

Le tableau 7.4 présente les estimations des besoins satisfaits et non satisfaits des femmes actuellement en union, en matière de contraception, selon certaines caractéristiques socio-démographiques. Il faut tout d'abord rappeler que le niveau d'utilisation actuelle de la contraception chez les femmes en union a pratiquement doublé depuis l'EDS de 1997 (10 % contre 18 %), cependant les besoins non-satisfaits en matière de planification familiale restent encore importants puisque près du quart des femmes en union (24 %) en ont exprimé le besoin. Parmi ces femmes, 11 % auraient besoin d'utiliser la contraception comme moyen d'espacement des naissances et 12 % pour limiter leur descendance.

Tableau 7.4 Besoins en matière de planification familiale

Pourcentage de femmes actuellement en union ayant des besoins non satisfaits en matière de planification familiale, pourcentage de celles dont les besoins sont satisfaits et pourcentage de demande potentielle totale de services de planification familiale, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDSMD-III Madagascar 2003-2004

Caractéristique	Besoins non satisfaits en matière de planification familiale pour :[1]			Besoins satisfaits en matière de planification familiale (utilisatrices actuelles) pour :[2]			Demande potentielle totale en matière de planification familiale pour :[3]			Pourcentage de demande satisfaite	Effectif
	Espacer	Limiter	Ensemble	Espacer	Limiter	Ensemble	Espacer	Limiter	Ensemble		
Age											
15-19	17,9	1,7	19,6	12,1	0,7	12,7	30,0	2,3	32,4	39,4	416
20-24	19,0	2,9	21,9	22,5	2,3	24,8	41,5	5,2	46,7	53,2	875
25-29	15,8	7,3	23,0	20,6	8,4	29,0	36,3	15,7	52,0	55,7	1 028
30-34	10,2	12,6	22,8	13,1	18,2	31,2	23,3	30,7	54,0	57,8	905
35-39	7,6	22,9	30,4	5,3	24,1	29,5	12,9	47,0	59,9	49,2	758
40-44	4,0	21,4	25,4	1,6	30,0	31,6	5,6	51,4	57,0	55,5	708
45-49	0,1	19,6	19,7	0,4	21,1	21,5	0,5	40,7	41,2	52,1	450
Milieu de résidence											
Capitale	7,3	9,2	16,5	18,4	33,9	52,3	25,6	43,1	68,8	76,1	280
Autres villes	9,2	10,8	20,0	18,6	18,6	37,3	27,8	29,4	57,3	65,1	887
Ensemble urbain	8,7	10,4	19,1	18,6	22,3	40,9	27,3	32,7	60,0	68,1	1 167
Rural	12,1	12,9	25,0	10,4	12,7	23,1	22,5	25,6	48,1	48,1	3 972
Province											
Antananarivo	9,5	12,7	22,2	16,4	25,9	42,3	25,9	38,5	64,5	65,6	1 683
Fianarantsoa	11,6	11,9	23,5	6,4	8,4	14,8	18,0	20,3	38,3	38,6	907
Toamasina	10,6	11,6	22,1	16,8	13,7	30,5	27,3	25,3	52,6	57,9	828
Mahajanga	16,2	13,1	29,3	7,1	8,3	15,4	23,3	21,4	44,7	34,5	719
Toliara	11,7	10,2	21,9	8,6	7,2	15,8	20,3	17,4	37,7	41,8	621
Antsiranana	10,3	15,4	25,7	13,9	9,2	23,0	24,2	24,6	48,8	47,3	381
Niveau d'instruction											
Aucune instruction	11,1	13,6	24,6	3,3	4,1	7,4	14,3	17,7	32,0	23,0	1 194
Primaire/Alphabét.	13,2	12,8	26,0	11,8	12,6	24,3	25,0	25,3	50,3	48,4	2 467
Secondaire ou plus	8,3	10,6	18,9	20,3	27,4	47,8	28,7	38,0	66,7	71,7	1 479
Niveau de bien-être											
Le plus pauvre	15,1	11,7	26,8	4,7	4,8	9,5	19,8	16,5	36,3	26,2	1 187
Second	12,8	13,8	26,6	6,7	7,3	14,0	19,5	21,1	40,6	34,5	772
Moyen	12,0	13,6	25,6	10,2	12,6	22,8	22,2	26,2	48,4	47,1	998
Quatrième	8,9	15,1	24,0	14,9	18,4	33,2	23,8	33,5	57,2	58,1	975
Le plus riche	8,1	8,7	16,8	22,9	28,7	51,5	30,9	37,4	68,3	75,4	1 207
Ensemble	11,3	12,3	23,6	12,3	14,9	27,1	23,6	27,2	50,8	53,4	5 140

[1] Les besoins non satisfaits pour espacer concernent les femmes enceintes dont la grossesse ne s'est pas produite au moment voulu, les femmes en aménorrhée dont la dernière naissance ne s'est pas produite au moment voulu, et les femmes qui ne sont ni enceintes ni en aménorrhée, qui n'utilisent pas de méthode contraceptive et qui ont déclaré vouloir attendre deux ans ou plus avant leur prochaine naissance. Sont également incluses dans les besoins non satisfaits pour espacer, les femmes qui ne sont pas sûres de vouloir un autre enfant ou qui veulent un autre enfant mais ne savent pas à quel moment elles veulent avoir cet enfant. Les besoins non satisfaits pour limiter concernent les femmes enceintes dont la grossesse n'était pas voulue, les femmes en aménorrhée dont la dernière naissance n'était pas voulue, et les femmes qui ne sont ni enceintes ni en aménorrhée, qui n'utilisent pas de méthode contraceptive et qui ont déclaré ne plus vouloir d'enfants. Sont également exclues les femmes qui sont en ménopause ou en période d'infécondabilité.
[2] L'utilisation pour espacer concerne les femmes qui utilisent actuellement une méthode contraceptive et qui ont déclaré vouloir un autre enfant ou qui ne sont pas sûres d'en vouloir un autre. L'utilisation pour limiter concerne les femmes qui utilisent actuellement une méthode contraceptive et qui ont déclaré ne plus vouloir d'enfants. Il faut noter que les méthodes spécifiques utilisées ne sont pas prises en compte ici.
[3] Besoins non satisfaits et utilisation actuelle.

Si les femmes en union ayant des besoins non-satisfaits en matière de contraception pouvaient les satisfaire, c'est-à-dire si elles utilisaient effectivement la contraception, la prévalence contraceptive pourrait atteindre 51 % (besoins exprimés), c'est-à-dire près de deux fois plus que ce qu'elle est actuellement; Par ailleurs, lors de l'ENDS de 1992, et l'EDS de 1997, les besoins exprimés en matière de contraception étaient respectivement de 51 % et 45 %. Cette demande potentielle totale en planification familiale (proportion de femmes ayant de besoins non satisfaits auxquels s'ajoutent les femmes déjà utilisatrices) se décompose en espacement des naissances (24 %) et en limitation des naissances (27 %). Ainsi, actuellement chez les femmes en union, seulement 53 % de la demande potentielle totale en planification familiale est satisfaite à Madagascar.

Les besoins en matière de planification familiale varient selon les caractéristiques socio-démographiques. En considérant l'âge, c'est entre 20 et 44 ans que les besoins non satisfaits sont les plus élevés (22 % ou plus), âges auxquels la fécondité est maximale et la prévalence contraceptive la plus élevée. En outre, il faut remarquer que jusqu'à 29 ans, les besoins non-satisfaits en matière de planification familiale sont essentiellement orientés vers l'espacement des naissances. Par contre, à partir de 30 ans, les femmes en union expriment beaucoup plus le besoin de limiter que d'espacer leurs naissances.

Les résultats obtenus selon le milieu de résidence montrent que les besoins non-satisfaits sont plus élevés en milieu rural (25 %) qu'en milieu urbain (19 %). Par contre, la demande potentielle en matière de planification familiale est plus élevée en milieu urbain (60 %) qu'en milieu rural (48 %). Contrairement aux résultats des deux premières EDS, et ce quel que soit le milieu de résidence, les besoins pour la limitation des naissances sont devenus relativement plus importants que les besoins pour l'espacement des naissances.

Par rapport aux niveaux observés à l'EDS-97, on note une hausse sensible de la demande potentielle totale, quel que soit le milieu de résidence. En effet, dans les zones urbaine et rurale les niveaux de cette demande étaient respectivement de 54 % et 42 %.

Au niveau des provinces, les besoins non-satisfaits en matière de planification familiale des femmes varient d'un minimum de 22 % pour Toliara à 29 % pour Mahajanga. Par ailleurs, la province d'Antananarivo présente la demande potentielle totale la plus élevée (65 %), alors que les provinces de Fianarantsoa et de Toliara enregistrent les proportions les plus faibles (38 %). Quel que soit le type de besoins, on constate que ces deux dernières provinces connaissent les plus faibles proportions en matière de besoins en planification familiale (Tableau 7.4).

En ce qui concerne le niveau d'instruction, on constate que la demande potentielle totale augmente avec le niveau : 67 % pour les femmes ayant un niveau secondaire ou supérieur contre 50 % des femmes de niveau d'instruction primaire et seulement 32 % des femmes sans instruction. De plus, dans 72 % des cas, cette demande est satisfaite pour les femmes ayant un niveau d'instruction secondaire ou plus, alors qu'elle n'est satisfaite que dans 48 % des cas pour les femmes de niveau primaire et 23 % pour les femmes sans instruction.

Selon le niveau de bien être, les résultats montrent que les besoins non-satisfaits sont plus importants chez les femmes des trois premiers quintiles (plus de 26 %). La demande potentielle totale est importante parmi les femmes des ménages les plus riches (68 %) et dans 75 % des cas, elle est satisfaite pour ces femmes. Par contre, dans chacun des trois premiers quintiles, cette demande est satisfaite dans moins de la moitié des cas.

7.3 NOMBRE IDÉAL D'ENFANTS

Le comportement reproductif d'une femme peut être influencé par ce qui est, pour elle ou son mari, le nombre idéal d'enfants. Pour appréhender ce nombre idéal à Madagascar, on a posé à tous les enquêtés (femmes et hommes) l'une des deux questions suivantes, selon leur situation au moment de l'enquête :

- Aux femmes et aux hommes sans enfant vivant : *« Si vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfant à avoir dans toute votre vie, combien voudriez-vous en avoir ? »*

- Aux femmes et aux hommes ayant des enfants vivants : *« Si vous pouviez revenir à l'époque où vous n'aviez pas d'enfant et choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans toute votre vie, combien voudriez-vous en avoir ? »*

Ces questions, simples en apparence, sont embarrassantes notamment pour les femmes et les hommes qui ont déjà des enfants. En effet, ils sont appelés à se prononcer sur le nombre d'enfants qu'ils souhaiteraient avoir, dans l'absolu, indépendamment du nombre d'enfants qu'ils ont actuellement. Face à cette situation, il peut être difficile pour les enquêtés de déclarer un nombre idéal d'enfants inférieur à la taille actuelle de sa famille.

Le tableau 7.5 et le graphique 7.2 présentent les résultats obtenus aux questions posées. En premier lieu, il faut noter que 9 % des femmes et 6 % des hommes n'ont pu fournir une réponse numérique et ont donné à la place, des réponses telles que « *ce que Dieu me donne* », « *Je ne sais pas* », ou « *N'importe quel nombre* ». En second lieu, on peut souligner que si les femmes malgaches aspirent encore à une famille nombreuse, il semble que cette attitude tend à évoluer; en effet, le nombre idéal moyen d'enfants pour l'ensemble des femmes est de 4,8 enfants et celui déclaré par les femmes en union est de 5,1 enfants, ce qui est proche de l'ISF estimé à 5,2 enfants. Ce nombre moyen est inférieur à celui déclaré lors de l'ENDS de 1992 et de l'EDS de 1997 où le nombre moyen pour toutes les femmes était respectivement de 5,5 et 5,3 alors que celui relatif aux femmes en union était respectivement de 5.9 et 5,7. En troisième lieu, la distribution des tailles idéales déclarées révèle que pour près d'une femme sur trois (29 %), le nombre idéal est de 4 enfants et que pour un peu plus du quart des femmes (27 %), ce nombre idéal est de 6 enfants ou plus. Enfin, chez les hommes le nombre idéal moyen d'enfants est beaucoup plus élevé que chez les femmes : il est de 5,4 enfants pour l'ensemble des hommes et de 5,7 enfants pour les hommes en union.

D'une façon générale, on note une corrélation entre la taille actuelle et la taille idéale de la famille : chez les femmes en union, cette taille idéale de la famille varie de 5 enfants parmi celles qui n'en ont aucun à 7 enfants parmi celles qui en ont déjà au moins six. Chez les hommes en union, cette taille passe de 4,5 enfants à 8,2 enfants. À ce stade, il est difficile d'attribuer la modification réelle de l'idéal à l'effet de génération des femmes et des hommes (réduction de l'idéal déclaré aux parités faibles) ou à l'effet d'âge, c'est-à-dire à l'évolution à la hausse de l'idéal de la femme et de l'homme au fur et à mesure qu'ils prennent de l'âge et que leur descendance se constitue.

Tableau 7.5 Nombre idéal d'enfants

Répartition (en %) de l'ensemble des femmes et des hommes par nombre idéal d'enfants et nombre idéal moyen d'enfants pour l'ensemble des femmes et des hommes et pour celles et ceux actuellement en union, selon le nombre d'enfants vivants, EDSMD-III Madagascar 2003-2004

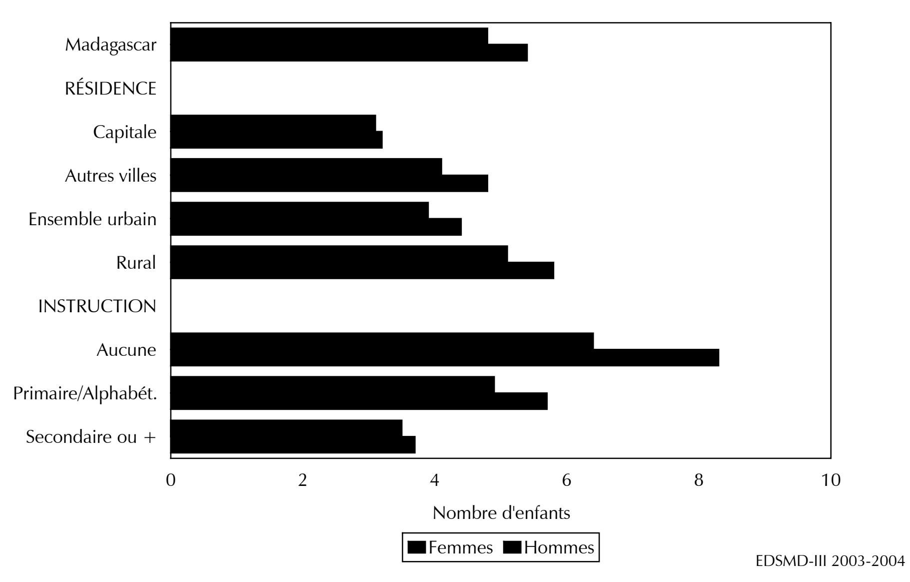
Nombre idéal d'enfants	Nombre d'enfants vivants[1]							
	0	1	2	3	4	5	6 ou +	Ensemble
FEMMES								
0	0,7	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,2
1	1,0	3,8	0,4	0,0	0,2	0,4	0,2	1,0
2	20,3	20,2	15,8	5,8	3,1	0,8	0,5	11,7
3	17,0	20,0	16,8	21,3	4,0	3,4	1,8	13,9
4	28,7	28,0	35,1	31,7	44,3	19,0	12,9	28,9
5	6,4	6,8	6,6	11,9	8,0	19,2	5,3	8,2
6 ou +	16,3	15,7	19,8	22,7	28,8	48,6	60,6	27,0
Réponse non numérique	9,6	5,5	5,5	6,6	11,5	8,5	18,7	9,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif	1 765	1 318	1 306	1 164	799	553	1 044	7 949
Nombre idéal moyen[2] d'enfants pour :								
Toutes les femmes	4,1	4,0	4,3	4,7	5,1	5,9	7,0	4,8
Effectif	1 596	1 245	1 235	1 088	707	506	849	7 225
Femmes en union	5,0	4,1	4,3	4,8	5,1	5,9	7,0	5,1
Effectif	366	732	950	887	552	440	751	4 677
HOMMES								
0	1,8	0,4	0,8	0,4	0,0	0,6	1,2	1,0
1	1,7	0,5	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,7
2	16,0	13,3	12,6	2,4	2,3	4,7	0,7	9,9
3	18,9	24,8	21,9	18,7	3,1	3,8	1,4	15,5
4	22,6	27,0	28,6	29,4	28,1	13,4	13,4	23,3
5	8,4	6,5	7,4	18,3	19,2	19,1	3,8	10,1
6 ou +	24,8	25,7	24,3	27,5	42,2	53,7	63,6	33,4
Réponse non numérique	5,9	1,8	4,3	3,3	5,1	4,7	15,8	6,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif	902	304	290	269	203	148	315	2 432
Nombre idéal moyen[2] d'enfants pour:								
Tous les hommes	4,8	4,7	4,7	5,3	6,1	6,6	8,1	5,4
Effectif	849	299	277	260	193	141	266	2 285
Hommes en union	4,5	4,7	4,6	5,4	6,0	6,6	8,2	5,7
Effectif	133	233	259	243	184	137	249	1 438

[1] Y compris la grossesse actuelle

[2] Les moyennes sont calculées en excluant les femmes et les hommes ayant donné des réponses non numériques.



Graphique 7.2 **Nombre idéal d'enfants pour les femmes et les hommes**



Le tableau 7.6 présente le nombre idéal moyen d'enfants pour l'ensemble des femmes selon l'âge actuel et selon certaines variables socio-démographiques. Tout d'abord, on peut constater que les générations les plus jeunes ont déclaré un nombre idéal d'enfants moins élevé que les générations les plus âgées (4,4 pour les femmes de 20-24 ans, 4,9 à 30-34 ans et 5,6 à 45-49 ans). On peut penser que les femmes jeunes ont un désir réel de limiter leurs naissances et l'on devrait s'attendre à une baisse continue de la fécondité à moyen ou à long terme. En tout cas, le nombre idéal moyen observé lors de l'EDSMD-III est, à tous les âges, plus faible que celui des deux premières EDS.

Pour l'ensemble des femmes et des hommes, le nombre idéal moyen d'enfants présente des variations assez importantes selon le milieu de résidence, le niveau d'instruction, l'indice de bien être et la province. Les femmes et les hommes du milieu urbain souhaitent une famille bien moins nombreuse que ceux du milieu rural. L'écart absolu entre les deux milieux est de 1,2 enfant chez les femmes et de 1,4 chez les hommes. Par rapport à l'instruction, on constate que le nombre idéal d'enfants diminue à mesure que le niveau augmente. Chez les femmes, il passe de 6,4 enfants pour les sans instruction à 4,9 chez celles ayant le niveau primaire et à 3,5 chez celles du niveau secondaire ou plus. Chez les hommes la variation est plus importante, car le nombre idéal passe de 8,3 enfants chez ceux sans instruction, à 5,7 chez ceux ayant le niveau primaire et à 3,7 chez ceux ayant le niveau secondaire ou plus ; ainsi chez les hommes l'écart absolu est de 4,6 enfants entre ceux n'ayant aucune instruction et ceux ayant un niveau secondaire ou plus.

En ce qui concerne le bien être, on note que l'amélioration du niveau de vie du ménage s'accompagne d'une tendance favorable à une descendance plus réduite. L'écart absolu du nombre idéal d'enfants est de 4,3 enfants entre les hommes des ménages les plus riches et ceux des ménages les plus pauvres.

Tableau 7.6 Nombre idéal d'enfants par caractéristiques socio-démographiques

Nombre idéal moyen d'enfants pour l'ensemble des femmes et des hommes, par âge et selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDSMD-III Madagascar 2003-2004

Caractéristique	Age 15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	Ensemble des femmes	Ensemble des hommes
Milieu de résidence									
Capitale	2,8	3,0	2,9	3,1	3,4	3,5	3,7	3,1	3,2
Autres villes	3,6	3,7	3,9	4,1	4,4	4,9	5,3	4,1	4,8
Ensemble urbain	3,5	3,6	3,6	3,8	4,1	4,6	5,0	3,9	4,4
Rural	4,6	4,7	4,9	5,2	5,3	5,8	5,9	5,1	5,8
Province									
Antananarivo	3,6	3,4	3,5	3,8	4,1	4,9	4,2	3,8	3,7
Fianarantsoa	4,1	4,4	4,8	5,3	5,0	5,3	5,8	4,8	5,5
Toamasina	4,3	4,3	4,1	4,8	5,1	5,8	6,0	4,8	5,6
Mahajanga	4,1	4,5	5,2	4,6	5,1	5,5	5,3	4,8	6,2
Toliara	6,3	6,9	7,2	7,3	6,9	7,1	8,0	7,0	8,9
Antsiranana	4,4	4,8	4,8	4,7	5,7	5,7	6,3	5,0	5,6
Niveau d'instruction									
Aucune instruction	5,4	6,3	6,2	7,1	6,4	6,8	7,0	6,4	8,3
Primaire/ Alphabét.	4,5	4,5	4,7	4,9	5,5	5,6	5,7	4,9	5,7
Secondaire ou plus	3,2	3,1	3,2	3,8	3,8	4,0	4,0	3,5	3,7
Niveau de bien-être									
Le plus pauvre	5,7	6,0	6,4	6,5	6,6	6,8	7,2	6,3	7,7
Second	5,1	5,7	5,5	5,8	6,0	6,6	6,6	5,8	6,7
Moyen	4,1	4,7	4,8	5,0	5,5	6,2	5,9	5,0	5,5
Quatrième	3,9	3,6	3,9	4,1	4,4	5,0	5,3	4,2	4,3
Le plus riche	3,1	3,0	3,1	3,3	3,3	3,8	4,0	3,3	3,4
Ensemble	4,3	4,4	4,6	4,9	5,0	5,5	5,6	4,8	5,4

Selon la province, on relève des variations notables du nombre idéal d'enfants aussi bien chez les femmes que chez les hommes. Trois groupes bien distincts se détachent chez les femmes ; la province d'Antananarivo avec un idéal de 3,8 enfants, le second groupe formé des provinces de Fianarantsoa, Toamasina, Mahajanga et Antsiranana avec un nombre idéal de 4,8 et le troisième groupe où se trouve la province de Toliara avec 7,0 enfants. Chez les hommes on retrouve la même typologie sauf que ce nombre moyen idéal est généralement plus élevé que chez les femmes.

La comparaison du nombre idéal moyen d'enfants exprimé par les femmes et les hommes permet de dégager deux grandes tendances :

- Les hommes désirent plus d'enfants que les femmes (5,4 contre 4,8). Les écarts absolus entre hommes et femmes sont particulièrement importants parmi ceux sans instruction (8,3 pour les hommes contre 6,4 pour les femmes), parmi ceux des provinces de Mahajanga (respectivement, 6,2 contre 4,8) et de Toliara (respectivement, 8,9 contre 7,0), et entre ceux vivant dans les ménages du quintile le plus pauvre (respectivement, 7,7 contre 6,3) ;

- Le désir du nombre idéal d'enfants est par contre pratiquement identique chez les femmes et les hommes de la capitale, chez ceux de la province d'Antananarivo et chez ceux des ménages des quatrième et cinquième quintile.

7.4 PLANIFICATION DE LA FÉCONDITÉ

Des questions relatives à chaque enfant né au cours des trois dernières années et à la grossesse actuelle (s'il y en a une) ont été posées : ces questions avaient pour objectif de déterminer si, lorsque la femme s'est trouvée enceinte, elle souhaitait être enceinte à ce moment-là, plus tard, ou s'il s'agissait d'une grossesse non désirée. Les réponses à ces questions permettent de mesurer le degré de réussite des couples dans le contrôle de leur fécondité.

De telles questions exigent de la femme un effort de concentration pour se souvenir avec exactitude de ses désirs à un ou plusieurs moments précis des trois dernières années. En outre, il existe un risque de rationalisation dans la mesure où, souvent, une grossesse non désirée peut devenir par la suite un enfant auquel on s'est attaché.

D'après le tableau 7.7, on constate que la quasi-totalité des naissances (93 %) étaient désirées. La grande majorité de ces naissances (83 %) se sont produites au moment voulu et dans 10 % des cas, les femmes auraient préféré qu'elles se produisent plus tard. À l'opposé, plus de 6 % des naissances n'étaient pas désirées. Quel que soit le rang de naissance, les résultats montrent que la grande majorité des naissances étaient souhaitées. Cependant, on peut remarquer que les naissances de rang 4 ou plus semblent moins bien planifiées que les autres. En effet, 77 % de ces naissances étaient voulues contre 89 % pour celles de rang 1 et environ 87 % pour celles de rangs 2 et 3.

Tableau 7.7 Planification de la fécondité

Répartition (en %) des naissances survenues au cours des cinq années ayant précédé l'enquête (y compris les grossesses actuelles) par type de planification de la fécondité, selon le rang de naissance et l'âge de la mère à la naissance, EDSMD-III Madagascar 2003-2004

Caractéristique et âge de la mère à la naissance	Planification des naissances[1] : Voulues à ce moment	Voulues plus tard	N'en voulait plus	ND	Total	Effectif de naissances
Rang de naissance						
1	89,0	7,8	2,3	0,9	100,0	1 610
2	87,3	10,5	1,8	0,5	100,0	1 365
3	87,5	8,5	3,6	0,3	100,0	1 090
4 ou +	76,8	10,6	11,4	1,1	100,0	2 975
Âge à la naissance						
<20	84,9	11,1	3,0	1,0	100,0	1 343
20-24	88,5	9,3	1,5	0,8	100,0	1 905
25-29	87,1	8,6	3,7	0,6	100,0	1 677
30-34	78,7	11,1	9,7	0,6	100,0	1 089
35-39	72,3	9,8	17,1	0,8	100,0	696
40-44	65,2	6,4	25,6	2,8	100,0	297
45-49	*	*	*	*	*	34
Ensemble	83,3	9,6	6,3	0,8	100,0	7 041

[1] Y compris la grossesse actuelle.
* Basé sur trop peu de cas non pondérés.

Par rapport à l'âge de la mère, les naissances qui sont les mieux planifiées sont celles des femmes du groupe d'âges 20-24 ans, la proportion d'enfants non désirés ne représente que moins de 2 % des naissances. À l'inverse, les naissances les moins bien planifiées sont celles des femmes de 40-44 ans : en effet, si 65 % des naissances étaient désirées, par contre dans 26 % des cas, la mère n'en voulait plus.

Le tableau 7.8 et le graphique 7.3 présentent une comparaison de l'Indice Synthétique de Fécondité Désirée (ISFD) et de l'Indice Synthétique de Fécondité actuelle (ISF). Le calcul de l'ISFD est analogue à celui de l'ISF, les naissances considérées comme non désirées étant éliminées du numérateur. Ainsi, si toutes les naissances non désirées étaient évitées, l'ISF des femmes malgaches serait de 4,7 au lieu de 5,2 enfants. Ce niveau de fécondité désirée, inférieur à la fécondité réelle mais voisin du nombre d'enfants déclaré comme idéal par les femmes (4,8) met de nouveau en évidence l'importance des besoins non satisfaits en matière de planification familiale et qu'il reste à satisfaire.

L'ISFD varie de la même façon que l'ISF selon les caractéristiques socio-démographiques des femmes. Ainsi, c'est chez les femmes du milieu rural que l'ISFD est le plus élevé (5,1), chez celles des provinces de Toliara (5,7), de Mahajanga (5,5) et de Fianarantsoa (5,3) ainsi que chez les femmes sans instruction (5,8) et chez celles des ménages les plus pauvres (6,4). Par ailleurs, on peut noter que l'ISFD est toujours inférieur à l'ISF et les écarts entre ces deux indices ne connaissent pas de variation notable selon les caractéristiques.

Tableau 7.8 Taux de fécondité désirée

Indice Synthétique de Fécondité Désirée (ISFD) et Indice Synthétique de Fécondité (ISF) pour les cinq années ayant précédé l'enquête, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDSMD-III Madagascar 2003-2004

Caractéristique	Indice Synthétique de Fécondité Désirée (ISFD)	Indice Synthétique de Fécondité (ISF)
Milieu de résidence		
Capitale	2,5	2,8
Autres villes	3,7	4,2
Ensemble urbain	3,4	3,9
Rural	5,1	5,7
Province		
Antananarivo	3,7	4,2
Fianarantsoa	5,3	5,9
Toamasina	4,6	5,3
Mahajanga	5,5	6,3
Toliara	5,7	6,0
Antsiranana	4,6	5,2
Niveau d'instruction		
Aucune instruction	5,8	6,5
Primaire/ Alphabét.	5,2	5,8
Secondaire ou plus	3,1	3,5
Niveau de bien-être		
Le plus pauvre	6,4	7,0
Second	5,9	6,6
Moyen	4,9	5,8
Quatrième	4,3	4,8
Le plus riche	2,6	2,9
Ensemble	4,7	5,2

Note: L'ISF est le même que celui présenté au tableau 4.2.

Le tableau 7.9 présente le nombre idéal d'enfants et les besoins non satisfaits en matière de planification familiale selon trois indicateurs du statut de la femme.

L'analyse différentielle du nombre idéal moyen d'enfants en fonction de ces indicateurs montre que le nombre idéal d'enfant est plus faible quand la femme est associée à un nombre élevé de décisions dans le ménage (4,9 enfants quand elle est impliquée dans 5 décisions) et quand elle pense que pour 3-4 raisons il est justifié qu'une femme refuse d'avoir des rapports sexuels avec son mari/partenaire (5 enfants). Toutefois, il faut noter que quel que soit le nombre de décisions auxquelles est associée la femme, les besoins non satisfaits en matière de planification familiale restent importants puisque plus d'une femme sur cinq ont des besoins non satisfaits (variation de 23 % à 33 %). Les besoins pour la limitation des naissances prédominent légèrement (12 %) sur l'espacement (11 %).

Graphique 7.3 Indice Synthétique de Fécondité et Indice Synthétique de Fécondité Désirée

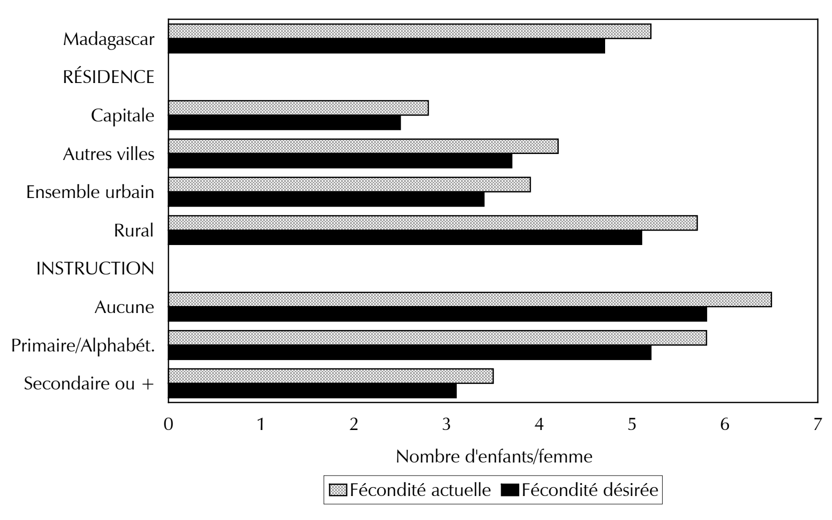


Tableau 7.9 Statut de la femme, nombre idéal moyen d'enfants et besoins non satisfaits

Nombre idéal moyen d'enfants et besoins non satisfaits pour espacer et limiter, selon certains indicateurs du statut de la femme, EDSMD-III Madagascar 2003-2004

Indicateurs du statut de la femme	Nombre idéal moyen d'enfants[1]	Effectif	Besoins non satisfaits en matière de PF pour : Espacer	Limiter	Ensemble	Effectif
Nombre de décisions prises par la femme[2]						
0	5,2	153	17,2	8,1	25,3	163
1-2	6,3	228	16,3	7,5	23,8	244
3-4	5,7	954	11,3	11,9	23,2	1 035
5	4,9	3 342	10,7	13,0	23,7	3 697
Nombre de raisons de refuser des rapports sexuels avec le mari/partenaire						
0	5,9	217	12,9	18,6	31,5	254
1-2	5,6	400	15,7	14,2	29,9	417
3-4	5,0	4 061	10,8	11,8	22,6	4 468
Nombre de raisons justifiant le fait qu'un homme batte sa femme/partenaire						
0	5,0	3 342	10,3	12,5	22,8	3 697
1-2	5,5	985	13,1	10,8	23,9	1 062
3-4	5,2	285	16,4	16,2	32,6	308
5	5,4	65	13,5	11,4	24,9	72
Ensemble	5,1	4 677	11,3	12,3	23,6	5 140

[1] Sont exclues les femmes qui n'ont pas donné une réponse numérique.
[2] Soit par elle-même ou conjointement avec d'autres.

SANTÉ DE LA MÈRE ET DE L'ENFANT 8

Dr Marius Briand René RATSIMBAZAFY et Soumaïla MARIKO

Au cours de l'EDSMD-III, on a collecté des informations sur la santé des mères et sur celle de leurs enfants nés au cours des cinq dernières années qui ont précédé l'enquête. Ces informations concernent l'accès des femmes aux soins de santé, les soins pré et postnatals, les conditions d'accouchement et les caractéristiques des nouveau-nés, la couverture vaccinale, la prévalence et le traitement des principales maladies des enfants, en particulier les infections respiratoires, la fièvre et la diarrhée. Les résultats, présentés dans ce chapitre, permettent d'identifier les problèmes les plus importants en matière de santé maternelle et infantile. Ils contribuent ainsi à l'évaluation et à la planification des politiques et des programmes de santé.

8.1 SOINS PRÉNATALS, ACCOUCHEMENT ET VISITES POSTNATALES

8.1.1 Soins prénatals

Le suivi des femmes enceintes au cours des consultations prénatales (CPN) permet de prévenir les risques et les complications de l'accouchement. Durant l'EDSMD-III, on a demandé aux femmes, pour chaque naissance vivante survenue au cours des cinq années qui ont précédé l'enquête, si au cours de leur grossesse, elles avaient effectué des consultations prénatales.

Les données du tableau 8.1 présentent la répartition des dernières naissances survenues dans les cinq années qui ont précédé l'enquête, selon le type de personnel médical consulté durant la grossesse et selon certaines caractéristiques socio-démographiques des femmes enquêtées. Au cours de l'EDSMD-III, toutes les catégories de personnes consultées par la mère pendant la grossesse ont été enregistrées mais, lorsque plusieurs personnes avaient été consultées, seule la personne la plus qualifiée a été retenue dans le tableau.

On relève que parmi les dernières naissances vivantes survenues au cours des cinq années ayant précédé l'enquête, huit naissances sur dix (80 %) ont fait l'objet de consultations prénatales auprès de professionnels de la santé (médecins, sages-femmes et infirmières). Ces consultations ont été principalement effectuées par les sages-femmes ou les infirmières (67 %) et, dans un faible nombre de cas, elles ont été fournies par des médecins (13 %). Par contre, pour presque un enfant sur cinq (16 %), les mères n'ont effectué aucune consultation prénatale.

Étant donné le niveau relativement élevé des consultations prénatales dans le pays, les différences selon certaines caractéristiques socio-démographiques ne sont pas très grandes. En effet, si l'on considère l'âge de la femme, la proportion varie entre 74 % pour les 35-49 ans et 83 % pour les 20-34 ans. De même pour le niveau d'instruction, on constate que la proportion de naissances pour lesquelles la mère a bénéficié de soins prénatals auprès de personnel formé varie de 60 % pour les femmes sans instruction à 82 % pour celles qui sont alphabétisées ou de niveau d'instruction primaire et à pratiquement 100 % pour les femmes de niveau d'instruction secondaire ou plus (graphique 8.1). On relève également, que généralement les femmes instruites, qu'elle soit de niveau d'instruction faible (alphabétisée ou primaire) ou élevé (secondaire ou plus), consultent le plus fréquemment un médecin (14 %) que celles qui sont sans aucune instruction (9 %). Par contre, selon le milieu de résidence, la fréquence des consultations

Tableau 8.1 Soins prénatals

Répartition (en %) des femmes qui ont eu une naissance vivante au cours des cinq années ayant précédé l'enquête, par type de personne consultée par la mère durant la grossesse pour la naissance la plus récente, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDSMD-III Madagascar 2003-2004

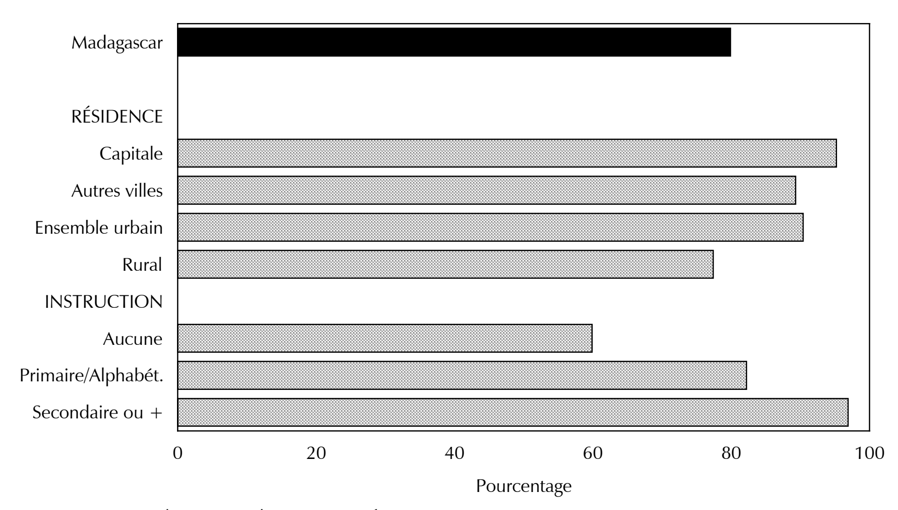
Caractéristique	Médecin	Infirmière/ sage femme/ auxiliaire	Accoucheuse traditionnelle/ Autre	Personne	Total[1]	Effectif
Âge à la naissance						
<20	12,8	63,1	6,6	17,4	100,0	755
20-34	12,9	69,8	2,5	14,7	100,0	2 688
35-49	12,7	61,5	4,1	21,0	100,0	719
Rang de naissance						
1	14,5	69,7	4,8	11,0	100,0	931
2-3	13,2	69,6	3,3	13,8	100,0	1 433
4-5	12,2	70,5	1,4	15,4	100,0	847
6 ou +	11,1	57,9	4,5	26,0	100,0	950
Milieu de résidence						
Capitale	15,7	79,5	1,2	3,4	100,0	158
Autres villes	9,2	80,1	2,6	7,8	100,0	665
Ensemble urbain	10,4	80,0	2,3	6,9	100,0	823
Rural	13,4	64,0	3,8	18,6	100,0	3 339
Province						
Antananarivo	14,3	77,0	2,5	5,9	100,0	1 170
Fianarantsoa	4,0	75,0	6,4	14,3	100,0	916
Toamasina	17,2	54,1	1,7	26,6	100,0	641
Mahajanga	16,0	62,1	5,2	16,7	100,0	611
Toliara	5,2	63,0	2,1	29,7	100,0	539
Antsiranana	32,7	49,4	1,7	16,2	100,0	284
Niveau d'instruction						
Aucun	9,3	50,6	6,0	33,8	100,0	1 063
Primaire/ Alphabét.	14,2	68,0	3,5	14,1	100,0	2 124
Secondaire ou plus	13,6	83,3	0,8	2,1	100,0	975
Niveau de bien-être						
Le plus pauvre	9,0	58,2	4,1	28,2	100,0	1 113
Second	15,3	58,4	4,5	21,4	100,0	750
Moyen	14,4	64,8	4,9	15,9	100,0	855
Quatrième	11,9	77,9	2,8	7,2	100,0	701
Le plus riche	14,9	81,8	0,7	2,3	100,0	743
Ensemble	12,8	67,1	3,5	16,3	100,0	4 162

Note: Les données concernent les dernières naissances de la période 0-59 mois ayant précédé l'enquête. Si différentes personnes ont été consultées, seule la plus qualifiée a été prise en compte dans ce tableau.
[1] Y compris les non déterminés.

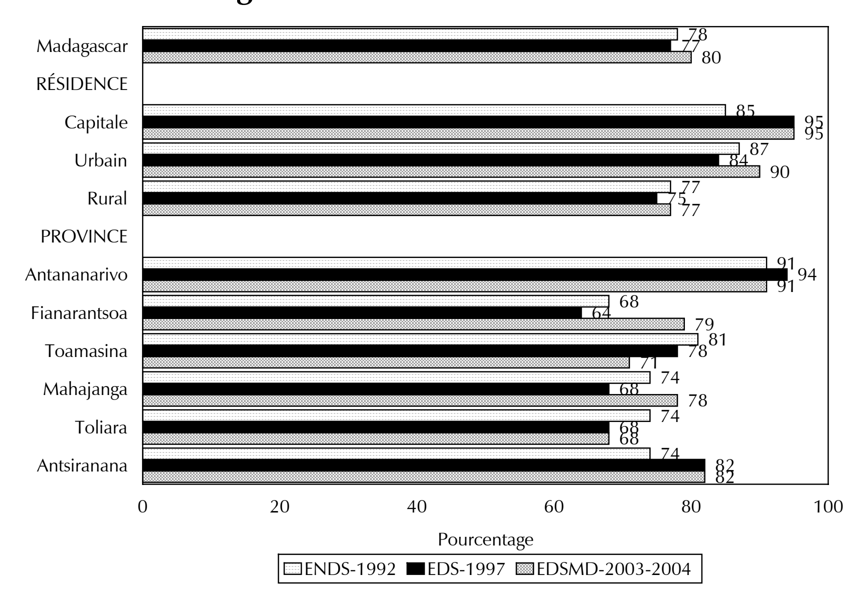
prénatales est très variable entre le milieu rural (77 %) et urbain (90 %). Du point de vue des provinces, les femmes qui ont le moins bénéficié de consultations prénatales sont celles de Toliara (68 %) et de Toamasina (71 %) contrairement aux provinces d'Antananarivo (91 %) et de Fianarantsoa (74 %), suivie d'Antsiranana (82 %). Se rendre en consultation prénatale est une pratique plus fréquente chez les femmes des ménages du cinquième quintile (97 %) comparativement aux autres.

Par rapport aux résultats de l'EDS de 1997, la proportion de naissances dont la mère a bénéficié de soins prénatals auprès de professionnel de la santé a légèrement augmenté, passant de 77 % à 80 %. Cependant, la grande amélioration en matière de soins prénatals dispensées par des professionnel de la santé s'est produite dans la province de Fianarantsoa, puisque elle est passée de la province la plus défavorisée lors de l'ENDS de 1992 (68 %) et de l'EDS de 1997 (64 %), à la province la mieux couverte à l'EDSMD-III de 2003-2004 (79 %), avec les provinces d'Antananarivo (91 %) et d'Antsiranana (82 %) (graphique 8.2).

Graphique 8.1 **Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans pour lesquels la mère a bénéficié de soins prénatals pendant la grossesse**



Graphique 8.2 **Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans pour lesquels la mère a bénéficié de soins prénatals pendant la grossesse selon les trois EDS**



Pour être efficaces, les soins prénatals doivent être effectués à un stade précoce de la grossesse et, surtout, ils doivent se poursuivre avec une certaine régularité jusqu'à l'accouchement. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) recommande, au moins, quatre visites prénatales, à intervalles réguliers tout au long de la grossesse. Le tableau 8.2 présente les données concernant le nombre de visites prénatales effectuées par les femmes enceintes et le stade de la grossesse à la première visite. Pour près de quatre naissances sur dix (40 %), les mères ont effectué, au moins, les quatre visites recommandées. Dans un peu moins (35 %), elles n'ont effectué que 2-3 visites prénatales et dans une faible proportion de cas (6 %), elles n'ont effectué qu'une seule visite.

Tableau 8.2 Nombre de visites prénatales et stade de la grossesse

Répartition (en %) des femmes ayant eu une naissance vivante au cours des cinq années ayant précédé l'enquête, par nombre de visites prénatales pour la naissance la plus récente et par stade de la grossesse au moment de la première visite, EDSMD-III Madagascar 2003-2004

Visite prénatale	Milieu de résidence				Ensemble
	Capitale	Autres villes	Ensemble urbain	Rural	
Nombre de visites					
Aucune	3,4	7,8	6,9	18,6	16,3
1	1,9	2,6	2,5	6,6	5,8
2-3	21,0	34,2	31,6	35,7	34,9
4 ou +	63,8	50,7	53,2	36,7	39,9
NSP/ND	9,9	4,8	5,8	2,4	3,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Mois de grossesse à la 1ère visite					
Aucune visite prénatale	3,4	7,8	6,9	18,6	16,3
<4	44,5	30,5	33,2	17,9	20,9
4-5	39,2	39,2	39,2	35,7	36,4
6-7	9,8	19,0	17,3	22,0	21,1
8 ou +	0,9	1,8	1,6	4,0	3,5
NSP/ND	2,1	1,7	1,7	1,7	1,7
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Nombre médian de mois de grossesse à la première visite[1]	4,1	4,7	4,6	5,3	5,1
Effectif de femmes	158	665	823	3 339	4 162

Note: Les données concernent les dernières naissances de la période 0-59 mois ayant précédé l'enquête.
[1] Les médianes sont calculées pour les naissances ayant donné lieu à des visites prénatales.

En ce qui concerne le stade de la grossesse auquel a eu lieu la première visite, on constate que, dans un cas sur cinq (21 %), la première visite s'est déroulée à moins de quatre mois de grossesse. Dans un peu plus de la moitié des cas (57 %), la visite prénatale a eu lieu à moins de six mois de grossesse et, dans 25 % des cas, elle a eu lieu après le sixième mois de grossesse, en particulier seulement au cours des deux derniers mois de la grossesse (4 %). Pour les grossesses des cinq dernières années ayant bénéficié de visites prénatales, le nombre médian de mois de grossesse à la première visite est de 5,1 ; ce nombre médian étant plus élevé en milieu rural qu'en milieu urbain (5,3 mois contre 4,6), ce qui est dû au fait que les femmes du milieu rural vont plus tardivement en consultation prénatale que celles du milieu urbain.

Types de soins prénatals

L'efficacité des soins prénatals dépend non seulement de « l'exécution » d'un certain nombre d'examens effectués pendant les consultations, mais aussi de conseils qui sont prodigués aux femmes. Pour cette raison, l'EDSMD-III a collecté des données sur cet aspect important du suivi prénatal en demandant aux femmes si, au cours des visites prénatales, elles avaient été informées sur les signes révélateurs de complications de la grossesse, si certains examens médicaux (la prise du poids et de la taille, la prise de la tension artérielle) avaient été effectués et également si on avait procédé à des examens d'urine et de sang. En outre, elles peuvent recevoir des suppléments de fer ou des antipaludéens.

On constate, en premier lieu, que, d'après les déclarations des femmes, plus du tiers (36 %) a été informée des signes de complications de la grossesse (tableau 8.3).

La mesure du poids, de la taille et de la tension artérielle sont de loin les examens les plus fréquemment effectués par les prestataires de soins à l'égard des femmes enceintes (respectivement, 62 %, 83 % et 73 %), suivis des analyses d'urine (37 %). Un peu plus de trois femmes sur dix ont reçu des suppléments de fer (32 %) et un peu plus de la moitié (58 %) a reçu des médicaments antipaludéens. Les examens de sang n'ont été effectués qu'auprès d'un nombre limité de femmes (24 %).

Tableau 8.3 Examens au cours des visites prénatales

Parmi les femmes ayant eu une naissance vivante au cours des cinq années ayant précédé l'enquête qui ont bénéficié de soins prénatals pour la naissance la plus récente, pourcentage qui ont été informé des signes de complications d'une grossesse, pourcentage qui ont subi certains examens au cours des visites, pourcentage qui ont reçu du fer sous forme de comprimés/sirop et pourcentage qui ont reçu des antipaludéens, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDSMD-III Madagascar 2003-2004

	Parmi les femmes ayant effectué des visites prénatales									
Caractéristique	A été informée des signes de compli-cations de grossesse	Poids mesuré	Taille mesurée	Tension artérielle mesurée	Urine prélevée	Sang prélevé	Effectif	A reçu du fer sous forme de comprimés/ sirop	A reçu des anti-paludéens	Effectif de femmes
Âge à la naissance										
<20	31,2	60,0	78,6	70,1	33,5	21,0	623	29,2	53,7	755
20-34	36,3	60,8	84,8	75,0	39,1	26,5	2 287	34,5	59,1	2 688
35-49	38,9	65,9	83,0	70,6	31,1	20,0	564	27,4	58,0	719
Rang de naissance										
1	37,3	61,9	83,5	74,6	40,3	29,3	828	39,2	62,4	931
2-3	39,0	62,6	85,1	77,0	43,5	33,0	1 234	35,5	59,2	1 433
4-5	32,5	62,4	86,9	69,8	32,4	16,6	713	28,5	57,1	847
6 ou +	31,7	58,0	76,6	69,3	25,2	11,7	699	24,0	52,5	950
Milieu de résidence										
Capitale	59,6	63,9	92,5	94,5	85,5	83,8	152	50,0	69,2	158
Autres villes	43,8	69,7	87,9	80,6	60,3	40,6	611	41,9	70,4	665
Ensemble urbain	47,0	68,5	88,8	83,4	65,4	49,3	763	43,5	70,2	823
Rural	32,7	59,5	81,9	70,6	28,7	17,4	2 711	29,5	54,9	3 339
Province										
Antananarivo	44,4	60,9	84,1	75,9	45,3	35,8	1 096	40,8	58,0	1 170
Fianarantsoa	29,4	59,2	82,1	73,1	24,5	20,3	783	37,7	60,4	916
Toamasina	35,4	73,1	88,1	78,4	24,3	17,3	468	31,3	56,6	641
Mahajanga	35,0	54,8	81,3	65,4	51,2	20,3	509	23,4	52,8	611
Toliara	26,6	64,9	81,6	69,3	26,0	12,1	379	17,6	54,9	539
Antsiranana	34,5	57,9	82,4	76,4	48,4	27,8	238	29,4	69,6	284
Niveau d'instruction										
Aucun	23,4	52,8	75,9	65,7	24,8	12,8	700	19,2	38,9	1 063
Primaire/ Alphabét.	33,2	60,4	82,2	69,9	29,8	17,2	1 822	32,0	58,8	2 124
Secondaire ou plus	49,9	70,0	91,1	85,8	59,0	46,7	952	47,1	76,9	975
Niveau de bien-être										
Le plus pauvre	30,6	51,9	79,4	68,4	23,3	13,2	795	22,9	46,9	1 113
Second	22,8	58,9	78,7	70,7	25,0	11,1	587	23,5	50,6	750
Moyen	29,9	63,7	81,5	65,9	25,8	12,3	719	29,9	56,9	855
Quatrième	38,1	66,5	87,0	73,4	37,2	21,9	649	38,7	65,0	701
Le plus riche	55,8	67,4	90,3	88,5	71,8	61,8	724	52,1	76,5	743
Ensemble	35,8	61,5	83,4	73,4	36,8	24,4	3 474	32,3	58,0	4 162

Note: Les données concernent les dernières naissances de la période 0-59 mois ayant précédé l'enquête pour lesquelles la mère a effectué des visites prénatales.

En ce qui concerne les variations, selon les caractéristiques socio-démographiques, des proportions de femmes ayant bénéficié de ces examens au cours des visites prénatales, on constate que généralement, ce sont les femmes du milieu rural et les femmes les moins instruites qui en ont bénéficié le moins fréquemment.

Vaccinations antitétaniques

Le tétanos néonatal est l'une des maladies les plus graves auxquelles le nouveau-né peut être exposé. Pour faire face à cette pathologie, le Ministère de la Santé recommande l'administration d'au moins deux doses de vaccin antitétanique aux femmes enceintes.

Les données du tableau 8.4 révèlent que 53 % des naissances vivantes des cinq années ayant précédé l'enquête ont été complètement ou partiellement protégées contre le tétanos néonatal. Le niveau de la couverture vaccinale contre le tétanos néonatal ne s'est pratiquement pas amélioré au niveau national par rapport à ce qu'il était il y a 7 ans (50 % en 1997).

Tableau 8.4 Vaccination antitétanique durant la dernière grossesse ou au cours des dix dernières années

Répartition (en %) des femmes qui ont eu une naissance vivante au cours des cinq années ayant précédé l'enquête par nombre d'injections antitétanique reçues pendant la dernière grossesse au cours des cinq dernières années, répartition (en %) des femmes par nombre d'injections antitétanique reçues à n'importe quel moment au cours des dix dernières années au cours d'une grossesse, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDSMD-III Madagascar 2003-2004

	Nombre d'injections antitétaniques reçues pendant la dernière grossesse au cours des cinq dernières années					Nombre d'injections antitétaniques reçues au cours des dix dernières années					
Caractéristique	0	1	2 ou +	NSP/ND	Total	0	1	2 ou +	ND/NSP	Total	Effectif
Âge à la naissance											
<20	40,8	11,9	46,7	0,6	100,0	37,5	9,1	52,8	0,7	100,0	755
20-34	45,1	14,0	39,7	1,2	100,0	30,0	6,9	61,3	1,8	100,0	2 688
35-49	57,8	9,4	31,9	0,9	100,0	42,4	5,0	51,6	1,1	100,0	719
Rang de naissance											
1	34,3	9,9	55,5	0,3	100,0	32,4	8,4	58,9	0,3	100,0	931
2-3	41,1	16,1	41,8	1,0	100,0	27,2	7,4	63,7	1,8	100,0	1 433
4-5	49,2	15,2	33,8	1,8	100,0	30,5	7,5	60,1	2,0	100,0	847
6 ou +	64,3	8,5	26,2	1,0	100,0	46,7	4,6	47,1	1,6	100,0	950
Milieu de résidence											
Capitale	35,3	13,1	49,9	1,6	100,0	23,7	7,0	67,4	1,9	100,0	158
Autres villes	37,0	13,3	48,0	1,7	100,0	25,2	6,8	66,0	2,0	100,0	665
Ensemble urbain	36,7	13,3	48,4	1,7	100,0	24,9	6,8	66,3	2,0	100,0	823
Rural	49,0	12,7	37,5	0,9	100,0	35,6	7,0	56,1	1,3	100,0	3 339
Province											
Antananarivo	43,0	13,7	42,6	0,7	100,0	26,5	5,9	66,3	1,2	100,0	1 170
Fianarantsoa	43,2	13,6	42,8	0,4	100,0	28,3	6,8	63,8	1,1	100,0	916
Toamasina	49,8	9,4	40,1	0,7	100,0	36,7	5,6	56,9	0,8	100,0	641
Mahajanga	48,6	14,4	34,9	2,1	100,0	43,2	10,6	44,1	2,1	100,0	611
Toliara	53,2	11,0	34,5	1,3	100,0	39,2	7,9	50,9	1,9	100,0	539
Antsiranana	47,5	14,3	36,2	2,0	100,0	39,6	5,6	52,1	2,7	100,0	284
Niveau d'instruction											
Aucune instruction	60,1	11,1	27,6	1,3	100,0	49,4	8,1	40,8	1,7	100,0	1 063
Primaire/Aphabet.	43,7	14,0	41,4	0,9	100,0	30,8	6,7	61,0	1,5	100,0	2 124
Secondaire ou plus	38,0	12,1	49,0	1,0	100,0	21,9	6,5	70,5	1,1	100,0	975
Niveau de bien-être											
Le plus pauvre	53,0	11,7	34,0	1,3	100,0	40,5	7,8	50,2	1,5	100,0	1 113
Second	52,2	13,1	33,5	1,2	100,0	40,4	7,3	50,3	2,1	100,0	750
Moyen	50,3	13,7	35,9	0,1	100,0	35,0	6,5	57,4	1,0	100,0	855
Quatrième	40,2	12,2	46,5	1,2	100,0	28,3	6,9	63,6	1,2	100,0	701
Le plus riche	32,7	13,7	52,3	1,3	100,0	19,1	6,0	73,3	1,6	100,0	743
Ensemble	46,5	12,8	39,7	1,0	100,0	33,5	7,0	58,1	1,5	100,0	4 162

On constate que l'âge de la mère semble jouer un rôle déterminant : respectivement, 59 % à moins de 20 ans, 54 % à 20-34 ans et 41 % à 35-49 ans. Par ailleurs, la fréquence de la vaccination augmente avec l'indice de bien-être, passant de 46 % pour les femmes vivant dans les ménages les plus pauvres à 66 % pour celles des ménages les plus aisés. En ce qui concerne le milieu de résidence, les résultats montrent que les naissances survenues en milieu urbain sont mieux protégées que celles ayant eu lieu en milieu rural (62 % contre 50 %). Au niveau de la province, on constate que ce sont celles d'Antananarivo et de Fianarantsoa qui enregistrent les proportions les plus élevées (56 %) de naissances protégées. Il y a lieu de souligner que la situation vaccinale des mères semble être en relation avec leur niveau d'instruction. En effet, on observe que plus les femmes sont instruites, plus les proportions de celles vaccinées contre le tétanos néonatal sont élevées : de 39 % parmi les femmes non instruites, la proportion de femmes vaccinées passe à un maximum de 61 % parmi celles ayant le niveau secondaire ou plus.

Il est important de souligner que les informations présentées ici ne correspondent pas complètement à l'histoire vaccinale des femmes. Il faut aussi tenir compte du fait que celles qui ont reçu la vaccination avant leur dernière grossesse et au cours des dix dernières années peuvent également être immunisées. C'est pour cette raison qu'en plus des questions sur les vaccins reçus au cours de la dernière grossesse des cinq dernières années, on a également demandé aux femmes qui ont déclaré qu'elles n'ont pas reçu d'injection contre le tétanos au cours de la dernière grossesse ou qu'elles n'en ont reçu qu'une seule, si elles avaient reçu des injections à n'importe quel autre moment avant la dernière grossesse.

On a donc posé aux femmes qui ont reçu moins de deux injections au cours de la grossesse la plus récente :

> Maintenant, je voudrais que vous vous rappeliez des injections que vous auriez reçu contre le tétanos avant que vous ne deveniez enceinte de votre dernière naissance (NOM).
>
> *« Avez-vous reçu une injection (vaccination) pour éviter le tétanos, n'importe quand avant que vous deveniez enceinte de votre dernière naissance (NOM) ? »* Si la réponse est OUI, on pose la question suivante :
>
> [Vous pouvez avoir reçu cette injection au cours d'une grossesse précédente, entre les grossesses ou même avant votre première grossesse]
>
> SI OUI : *« Combien de fois avez-vous reçu ces injections pour éviter le tétanos avant que vous deveniez enceinte la dernière fois ? »* Quelle que soit la réponse, on pose la question suivante sur la date la dernière fois que l'injection a été reçue :
>
> Maintenant, je voudrais que vous vous rappeliez quand vous avez reçu ces injections contre le tétanos la dernière fois, avant la dernière grossesse. En particulier, je voudrais que vous vous rappeliez de la plus récente de ces dernières injections que vous avez reçues.
>
> Quand avez-vous reçu la dernière de ces injections ? ou
>
> SI DATE INCONNUE : « *Depuis combien d'années avez-vous reçu la dernière de ces injections ?* »

Le tableau 8.4 présente donc également le nombre d'injections reçues soit au cours de la grossesse la plus récente ou soit à n'importe quel autre moment précédant la dernière grossesse au cours des dix dernières années. Selon ce mode de calcul, la couverture vaccinale passe à 58 % pour les femmes qui ont été complètement vaccinées au cours des dix années précédant l'enquête contre seulement 40 % quand le calcul est seulement basé sur les injections reçues au cours de la grossesse la plus récente. Par

province, on remarque que plus de la moitié des femmes sont complètement vaccinées (51 % et plus) à l'exception de la province de Mahajanga (44 %).

8.1.2 Accouchement

Lieu d'accouchement

Parmi les naissances survenues au cours des cinq années ayant précédé l'enquête, les résultats montrent qu'environ sept naissances sur dix (66 %) ont eu lieu à la maison (tableau 8.5). Le lieu d'accouchement ne varie pas beaucoup avec l'âge de la mère. En effet, contrairement à ce que l'on s'attendrait à trouver, il n'y a pas d'écart entre les femmes les plus âgées et les plus jeunes (69 % pour les

Tableau 8.5 Lieu de l'accouchement

Répartition (en%) des naissances survenues au cours des cinq années ayant précédé l'enquête par lieu de l'accouchement et selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDSMD-III Madagascar 2003-2004

Caractéristique	Établissement sanitaire		Maison	Autre	ND	Total	Effectif de naissances
	Secteur public	Secteur privé					
Âge à la naissance							
<20	27,3	1,6	69,3	0,5	1,4	100,0	1 201
20-34	30,0	3,2	65,2	0,9	0,8	100,0	4 162
35-49	28,2	1,4	68,4	0,5	1,5	100,0	920
Rang de naissance							
1	38,3	4,6	56,0	0,2	0,9	100,0	1 445
2-3	27,8	3,2	67,5	1,0	0,5	100,0	2 166
4-5	27,6	1,6	68,3	1,0	1,6	100,0	1 306
6 ou +	23,5	0,6	74,0	0,7	1,2	100,0	1 366
Milieu de résidence							
Capitale	32,5	13,3	53,7	0,4	0,1	100,0	204
Autres villes	38,5	3,2	57,3	0,6	0,4	100,0	949
Ensemble urbain	37,5	5,0	56,6	0,6	0,3	100,0	1 153
Rural	27,4	2,1	68,6	0,8	1,1	100,0	5 131
Province							
Antananarivo	37,8	7,0	52,9	1,0	1,4	100,0	1 698
Fianarantsoa	29,4	1,0	68,5	0,8	0,3	100,0	1 389
Toamasina	23,6	0,3	75,3	0,4	0,5	100,0	969
Mahajanga	21,5	1,0	74,3	0,6	2,7	100,0	926
Toliara	25,5	0,6	72,9	0,2	0,7	100,0	869
Antsiranana	31,8	3,4	63,2	1,6	0,0	100,0	433
Niveau d'instruction							
Aucun	16,3	0,1	80,7	0,9	2,0	100,0	1 667
Primaire/ Alphabét.	29,6	1,8	67,1	0,9	0,7	100,0	3 288
Secondaire ou plus	44,6	7,8	46,9	0,3	0,4	100,0	1 328
Visites prénatales[1]							
Aucune	2,5	0,3	97,0	0,2	0,0	100,0	679
1-3	27,9	2,1	68,5	1,4	0,0	100,0	1 693
4 ou +	43,2	4,3	52,1	0,4	0,0	100,0	1 662
NSP/ND	29,8	6,6	59,3	0,3	4,0	100,0	128
Niveau de bien-être							
Le plus pauvre	18,2	0,2	79,4	1,1	1,1	100,0	1 781
Second	22,0	1,1	74,5	0,7	1,7	100,0	1 212
Moyen	32,2	1,5	63,9	1,0	1,3	100,0	1 315
Quatrième	40,4	2,2	56,9	0,3	0,2	100,0	1 052
Le plus riche	43,1	11,3	45,2	0,2	0,2	100,0	923
Ensemble	29,2	2,6	66,4	0,7	1,0	100,0	6 283

Note: Les données concernent toutes les naissances de la période 0-59 mois ayant précédé l'enquête.
[1] Basé seulement sur la dernière naissance survenue au cours des cinq dernières années.

moins de 20 ans, 65 % pour les 20-34 ans et 68 % pour les 35 ans ou plus). Par contre, le rang de naissance semble jouer un rôle important dans le choix du lieu d'accouchement. Dans 43 % des cas, les naissances de rang 1 ont eu lieu dans un établissement sanitaire contre 31 % pour le rang 2-3 et 24 % pour le rang 6 ou plus. Depuis la précédente enquête, on ne note pas de diminution de la proportion de femmes qui accouchent à domicile (65 % en 1997).

En ce qui concerne le milieu de résidence, on constate des disparités : dans le milieu rural, près de sept accouchements sur dix (69 %) se déroulent à la maison contre 54 % dans la Capitale et 57 % dans les autres villes. Au niveau de la province, les pourcentages de naissances qui ont eu lieu dans un établissement sanitaire varient d'un minimum de 24 % dans la province de Toamasina à 45 % dans la province d'Antananarivo. Le niveau d'instruction est déterminant dans le choix du lieu d'accouchement : en effet, alors que seulement 16 % des femmes sans instruction accouchent dans un établissement sanitaire, cette proportion est de 31 % parmi les femmes du niveau primaire ou étant alphabétisées et de 52 % parmi celles du niveau secondaire ou plus. Le nombre de visites prénatales effectuées par les femmes enceintes paraît influer sur le choix du lieu d'accouchement. En effet, seulement 3 % des femmes qui n'ont effectué aucune visite prénatale ont accouché dans un établissement sanitaire. Parmi les femmes qui ont effectué 1-3 visites, 30 % ont accouché dans un établissement sanitaire public ou privé. Parmi celles qui ont eu 4 visites ou plus, cette proportion est de 48 %. Cette relation pourrait s'expliquer, entre autres, par un niveau d'instruction plus élevé, une meilleure disponibilité et un meilleur accès aux services d'accouchement. Il faut noter ici que si les femmes, qui n'ont effectué aucune visite prénatale, accouchent dans une structure sanitaire, elles le font principalement dans une structure sanitaire publique. Selon l'indice de bien-être, la proportion de naissances qui ont eu lieu dans un établissement sanitaire varie d'un minimum de 18 % parmi celles des ménages les plus pauvres à un maximum de 54 % dans les ménages les plus riches.

Assistance lors de l'accouchement

L'analyse des données du tableau 8.6 montre que la moitié des naissances (51 %) ont eu lieu avec l'assistance d'une personne médicalement formée, en majorité des sages-femmes ou des infirmières (43 %). À l'opposé, on relève qu'un peu moins de la moitié des accouchements (47 %) ont été assistés par du personnel non qualifié (accoucheuses traditionnelles : 37 % et parentes ou autres : 10 %). Les accouchements qui se sont déroulés sans assistance représentent 1 %. Entre les deux dernières enquêtes, cette proportion d'accouchements sans assistance par du personnel formé est restée quasiment stable (1 % en 1997).

L'examen des données par caractéristiques socio-démographiques de la mère (graphique 8.3) met en évidence le même type de variations que celles observées à propos des soins prénatals et du lieu d'accouchement. Les naissances qui ont été les plus fréquemment assistées par du personnel formé sont celles des mères de 20-49 ans (52 %), celles de rang 1 (63 %) et celles des mères résidant en milieu urbain (76 %), notamment dans la Capitale (95 %). Il faut signaler que, quand la mère a un niveau d'instruction secondaire ou plus, près de la majorité des naissances sont assistées par du personnel formé (84 %). Les résultats selon les provinces font apparaître des écarts. Comme pour les soins prénatals, ce sont les femmes des provinces d'Antananarivo (66 %) et de Fianarantsoa (53 %) qui ont le plus fréquemment accouché avec l'assistance de personnel formé. Le niveau d'instruction semblerait constituer le facteur discriminant le plus important parmi les différentes caractéristiques étudiées. En effet, si seulement 27 % des femmes sans instruction ont été assistées par du personnel formé, ce pourcentage est pratiquement deux fois plus élevé quand la mère a un niveau alphabétisé ou primaire (51 %) et trois fois plus élevé quand la mère est de niveau d'instruction secondaire ou plus (84 %). De la même façon, le statut socio-économique du ménage influence la qualité de l'assistance à l'accouchement. De 30 % pour les femmes des ménages les plus pauvres, la proportion passe à 93 % pour celles des ménages aisés.

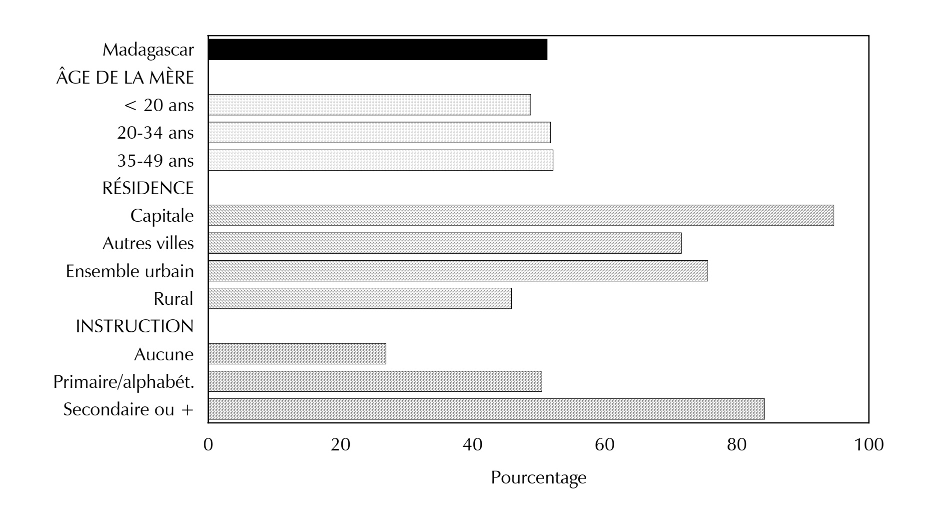
Tableau 8.6 Assistance lors de l'accouchement

Répartition (en %) des naissances survenues au cours des cinq années ayant précédé l'enquête par type d'assistance durant l'accouchement, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDSMD-III Madagascar 2003-2004

Caractéristique	Médecin	Infirmière/ sage-femme/ auxiliaire	Accoucheuse traditionnelle	Parent/ autre	Personne	NSP/ ND	Total	Effectif de naissances
Âge à la naissance								
<20	6,4	42,4	36,6	13,3	0,0	1,2	100,0	1 201
20-34	8,6	43,2	37,9	8,6	0,9	0,7	100,0	4 162
35-49	10,7	41,5	34,6	10,0	1,7	1,5	100,0	920
Rang de naissance								
1	10,1	53,1	28,3	7,7	0,0	0,7	100,0	1 445
2-3	9,6	43,6	36,0	9,7	0,6	0,5	100,0	2 166
4-5	7,1	40,8	41,4	8,2	1,1	1,4	100,0	1 306
6 ou +	6,5	32,7	44,5	13,1	2,0	1,2	100,0	1 366
Milieu de résidence								
Capitale	18,3	76,4	4,7	0,5	0,0	0,1	100,0	204
Autres villes	8,6	63,0	22,2	5,0	0,8	0,4	100,0	949
Ensemble urbain	10,3	65,3	19,1	4,2	0,7	0,3	100,0	1 153
Rural	8,1	37,8	41,3	10,9	0,9	1,0	100,0	5 131
Province								
Antananarivo	12,0	54,2	25,7	6,6	0,1	1,4	100,0	1 698
Fianarantsoa	5,3	47,9	38,7	6,4	1,5	0,3	100,0	1 389
Toamasina	8,6	29,6	50,1	11,1	0,2	0,5	100,0	969
Mahajanga	8,4	38,9	44,5	4,4	1,3	2,6	100,0	926
Toliara	4,3	33,8	32,4	27,6	1,8	0,2	100,0	869
Antsiranana	13,9	38,0	42,8	4,5	0,8	0,0	100,0	433
Niveau d'instruction								
Aucun	3,5	23,4	48,3	20,8	2,0	1,9	100,0	1 667
Primaire/ Alphabét.	8,4	42,1	40,9	7,3	0,6	0,7	100,0	3 288
Secondaire ou plus	15,2	69,0	14,0	1,7	0,0	0,1	100,0	1 328
Niveau de bien-être								
Le plus pauvre	3,7	26,2	49,0	18,5	1,6	0,9	100,0	1 781
Second	10,6	27,6	46,5	12,3	1,3	1,7	100,0	1 212
Moyen	7,4	39,4	44,0	7,1	0,7	1,3	100,0	1 315
Quatrième	9,6	61,3	26,8	2,1	0,0	0,2	100,0	1 052
Le plus riche	15,4	78,5	4,5	1,3	0,1	0,2	100,0	923
Ensemble	8,5	42,8	37,2	9,7	0,9	0,9	100,0	6 283

Note: Les données concernent toutes les naissances de la période 0-59 mois ayant précédé l'enquête. Si différentes personnes ont assisté l'accouchement, seule la plus qualifiée a été prise en compte dans ce tableau.

Graphique 8.3 Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans nés avec l'assistance d'un professionnel de la santé

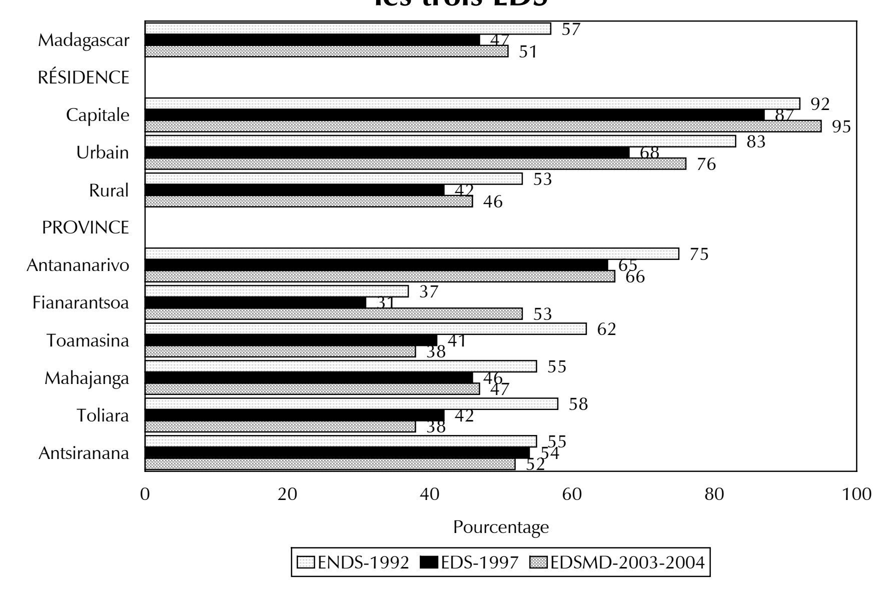


Note : Assistance par un médecin, une sage-femme, une sage-femme auxiliaire, une infirmière.

EDSMD-III 2003-2004

En comparant les résultats de l'EDS de 1997 à ceux de l'EDSMD-III de 2003-2004, on constate qu'au niveau national, les proportions de femmes dont l'accouchement a été assisté par du personnel formé sont passées de 47 % à 51 %, soit une augmentation de 4 points de pourcentage. Comme pour les soins prénatals, c'est dans la province de Fianarantsoa que l'augmentation a été la plus grande. Avec le niveau le plus faible par rapport à toutes les autres provinces à l'ENDS de 1992 (37 %) et à l'EDS de 1997 (31 %), la province de Fianarantsoa passe au niveau le plus élevé (53 %) après la province d'Antananarivo (66 %) (graphique 8.4).

Graphique 8.4 Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans pour lesquels la mère a bénéficié d'assistance à l'accouchement selon les trois EDS



Caractéristiques de l'accouchement et du nouveau-né

Au cours de l'enquête, on a demandé, aux femmes qui avaient eu une naissance vivante au cours des cinq dernières années, si l'accouchement avait eu lieu par césarienne ou par voie basse et quels étaient le poids et la taille de l'enfant à la naissance.

Pour 1 % des naissances, on a pratiqué une césarienne (tableau 8.7). La pratique de cette intervention chirurgicale est assez faible à Madagascar et, le niveau ne varie pratiquement pas avec l'âge de la femme. Par ailleurs, comme il fallait s'y attendre, les césariennes qui nécessitent un environnement médicalisé sont plus fréquemment pratiquées dans la Capitale (2 %) et chez les femmes ayant un niveau secondaire ou plus (3 %), dont la majorité vivent en milieu urbain, que chez les autres femmes.

Tableau 8.7 Caractéristiques de l'accouchement

Pourcentage des naissances survenues au cours des cinq années ayant précédé l'enquête, selon que l'accouchement a été effectué ou non par césarienne, et répartition (en %) du poids de l'enfant à la naissance et de sa grosseur estimée par la mère, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDSMD-III Madagascar 2003-2004

Caractéristique	Accouchement par césarienne	Poids à la naissance					Grosseur à la naissance					
		Non pesé	Moins de 2,5 kg	2,5 kg ou plus	NSP/ manquant	Total	Très petit	Plus petit que la moyenne	Moyen/ plus gros que la moyenne	NSP/ND	Total	Effectif de naissances
Âge à la naissance												
<20	0,5	64,9	4,6	26,8	3,7	100,0	9,2	20,2	68,9	1,7	100,0	1 201
20-34	1,3	59,4	4,7	32,7	3,2	100,0	7,5	16,6	75,0	0,9	100,0	4 162
35-49	0,5	63,1	4,5	28,7	3,7	100,0	10,3	19,7	68,4	1,7	100,0	920
Rang de naissance												
1	2,0	50,5	7,5	38,8	3,2	100,0	8,5	19,3	71,1	1,1	100,0	1 445
2-3	0,9	59,7	3,9	33,6	2,8	100,0	6,7	17,9	74,6	0,8	100,0	2 166
4-5	0,8	64,2	3,6	28,4	3,8	100,0	7,6	15,6	75,2	1,6	100,0	1 306
6 ou +	0,3	71,0	3,8	21,0	4,2	100,0	11,0	18,0	69,7	1,3	100,0	1 366
Milieu de résidence												
Capitale	2,1	34,6	4,8	57,8	2,9	100,0	5,8	10,6	82,8	0,8	100,0	204
Autres villes	2,2	43,2	6,5	47,7	2,6	100,0	5,9	16,3	77,1	0,7	100,0	949
Ensemble urbain	2,2	41,6	6,2	49,5	2,7	100,0	5,9	15,3	78,1	0,8	100,0	1 153
Rural	0,8	65,3	4,3	26,8	3,5	100,0	8,8	18,3	71,7	1,2	100,0	5 131
Province												
Antananarivo	1,3	45,4	5,8	46,1	2,7	100,0	6,1	14,7	77,6	1,5	100,0	1 698
Fianarantsoa	1,1	61,6	4,4	31,9	2,1	100,0	7,0	16,4	76,1	0,5	100,0	1 389
Toamasina	0,6	69,9	4,8	23,0	2,3	100,0	12,3	21,8	65,3	0,6	100,0	969
Mahajanga	0,7	68,7	4,7	20,4	6,3	100,0	8,9	14,9	73,2	2,9	100,0	926
Toliara	0,6	72,5	2,8	20,4	4,2	100,0	7,8	25,1	66,8	0,3	100,0	869
Antsiranana	2,3	60,7	4,2	30,7	4,4	100,0	10,7	16,2	72,3	0,8	100,0	433
Niveau d'instruction												
Aucun	0,3	79,9	2,3	12,2	5,6	100,0	10,5	22,7	64,5	2,2	100,0	1 667
Primaire/ Alphabét.	0,8	63,7	4,4	29,3	2,6	100,0	8,0	15,7	75,4	0,9	100,0	3 288
Secondaire ou plus	2,6	30,5	8,2	58,7	2,6	100,0	6,0	16,5	77,1	0,3	100,0	1 328
Niveau de bien-être												
Le plus pauvre	0,1	76,7	3,3	15,9	4,1	100,0	11,8	19,3	67,8	1,0	100,0	1 781
Second	0,3	73,8	3,6	18,3	4,3	100,0	8,9	17,7	71,5	1,9	100,0	1 212
Moyen	0,7	64,1	4,1	28,5	3,4	100,0	6,6	17,8	74,0	1,6	100,0	1 315
Quatrième	2,7	49,0	5,3	43,1	2,5	100,0	5,3	17,2	77,1	0,3	100,0	1 052
Le plus riche	2,2	23,1	8,6	66,4	1,9	100,0	6,1	15,2	78,2	0,5	100,0	923
Ensemble	1,0	61,0	4,6	31,0	3,4	100,0	8,2	17,7	72,9	1,1	100,0	6 283

Note: Les données concernent toutes les naissances de la période 0-59 mois ayant précédé l'enquête.

Le tableau 8.7 présente également les résultats concernant le poids et la taille des enfants. Il faut tout d'abord noter que près de six nouveau-nés sur dix (61 %) n'ont pas été pesés à la naissance. Parmi les enfants pesés (36 %), une proportion relativement élevée d'enfants (5 %) était de faible poids à la naissance, c'est-à-dire moins de 2,5 kilogrammes. Les enfants pesés à la naissance et dont le poids est égal ou supérieur à 2,5 kilogrammes sont proportionnellement plus nombreux parmi ceux du milieu urbain que parmi ceux du milieu rural (50 % contre 27 %). Au niveau de la province, ces proportions varient d'un minimum de 20 % dans les provinces de Mahajanga et de Toliara à un maximum de 46 % dans celle d'Antananarivo et de Fianarantsoa (32 %). Selon le niveau d'instruction des mères, plus de la moitié des enfants (59 %) dont la mère est de niveau secondaire ou plus, ont été pesés et avaient un poids égal ou supérieur à 2,5 kilogrammes contre 12 % des enfants de mère sans instruction et 29 % de ceux dont la mère a un niveau primaire ou est alphabétisé.

À la question : « Quand votre enfant est né, était-il très gros, plus gros que la moyenne, moyen, plus petit que la moyenne ou très petit ? », les mères ont répondu dans 73 % des cas, qu'elles estimaient que l'enfant était moyen ou gros. Dans 8 % des cas, elles ont déclaré qu'il était très petit et, dans 18 % des cas, qu'il était plus petit que la moyenne. La perception de la taille du nouveau-né par les mères varie très peu selon les caractéristiques socio-démographiques.

8.1.3 Visites postnatales

Le tableau 8.8 présente la distribution des femmes n'ayant pas accouché dans un établissement sanitaire selon qu'elles ont eu ou non des soins postnatals. Près de trois femmes sur dix (32 %) ont accouché dans un établissement sanitaire et l'on suppose qu'à la suite de l'accouchement, leur état de santé et celui de l'enfant a fait l'objet d'un suivi avant qu'elle ne quitte l'établissement (on suppose donc que ces femmes ont reçu des soins post-natals) ; parmi les 68 % de femmes qui n'ont pas accouché dans un établissement sanitaire, on constate que près de six sur dix n'ont bénéficié d'aucun suivi postnatal (57 %). Environ quatre femmes sur dix (43 %) n'ont pas accouché dans un établissement sanitaire mais ont effectué des consultations pour le suivi de leur santé et celle de leurs enfants. Plus de la moitié de ces femmes (32 %) sont allées en consultation relativement tôt, c'est-à-dire dans les deux jours qui ont suivi l'accouchement.

Les pourcentages de naissances qui n'ont pas eu lieu dans un établissement sanitaire et pour lesquelles la mère n'a pas reçu des soins postnatals (57 %) varient très peu en fonction de l'âge de la mère, passant de 58 % à moins de 20 ans à 56 % à 20-34 ans et à 59 % à 35-39 ans. Il en est de même selon le rang de naissance : de 53 % pour le rang 1, la proportion passe à 63 % pour le rang 6 ou plus. Par contre, ces proportions sont très différentes selon le milieu et la province de résidence : elles sont plus élevées en milieu rural (59 %) qu'en milieu urbain (46 %). C'est dans les provinces de Toliara (74 %) et de Toamasina (69 %) que l'on observe les proportions les plus élevées de naissances qui n'ont pas eu lieu dans un établissement sanitaire et pour lesquelles la mère n'a pas reçu des soins postnatals ; à l'opposé, les proportions les plus faibles sont enregistrées dans celles de Fianarantsoa (41 %) et d'Antananarivo (51 %). De même, on constate que le niveau d'instruction de la mère influence le suivi postnatal puisque près de sept mères sur dix (69 %) sans instruction n'en ont pas bénéficié contre 56 % parmi celles qui sont alphabétisées ou qui ont un niveau primaire et 36 % pour celles qui ont un niveau secondaire ou plus.

Tableau 8.8 Soins postnatals

Répartition (en %) des femmes qui ont accouché d'une naissance vivante en dehors d'un établissement sanitaire, au cours des cinq années ayant précédé l'enquête, selon le moment des soins postnatals pour la naissance la plus récente, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDSMD-III Madagascar 2003-2004

	Temps écoulé avant le premier examen postnatal						
Caractéristique	Dans les deux jours après accouchement	3-6 jours après accouchement	7-41 jours après accouchement	NSP/ ND	Aucune visite postnatale	Total	Effectif
Âge à la naissance							
<20	30,0	7,2	3,5	1,5	57,8	100,0	538
20-34	32,0	6,7	5,3	0,6	55,5	100,0	1 764
35-49	34,4	3,3	2,3	1,0	59,1	100,0	495
Rang de naissance							
1	31,5	9,6	3,8	2,0	53,1	100,0	531
2-3	33,8	6,4	4,8	0,6	54,3	100,0	956
4-5	31,7	7,0	5,4	0,0	55,9	100,0	598
6 ou +	30,3	2,6	3,5	0,9	62,7	100,0	711
Milieu de résidence							
Capitale	41,9	12,6	4,3	0,0	41,2	100,0	83
Autres villes	42,0	5,1	5,7	0,7	46,5	100,0	375
Ensemble urbain	42,0	6,4	5,5	0,6	45,5	100,0	458
Rural	30,1	6,1	4,2	0,9	58,7	100,0	2 339
Province							
Antananarivo	38,1	6,5	4,5	0,1	50,8	100,0	639
Fianarantsoa	40,4	11,6	6,6	0,0	41,4	100,0	644
Toamasina	17,4	3,1	7,2	3,2	69,1	100,0	470
Mahajanga	37,7	3,8	1,5	0,9	56,2	100,0	472
Toliara	18,9	5,5	0,9	0,8	73,9	100,0	387
Antsiranana	32,4	1,3	4,3	0,1	62,0	100,0	184
Niveau d'instruction							
Aucun	23,5	4,4	2,5	0,7	68,9	100,0	884
Primaire/ Alphabét.	33,4	5,5	4,7	1,0	55,5	100,0	1 452
Secondaire ou plus	44,2	11,8	7,0	0,7	36,3	100,0	462
Niveau de bien-être							
Le plus pauvre	26,8	7,5	3,4	0,4	61,9	100,0	902
Second	27,8	5,4	5,0	1,1	60,6	100,0	575
Moyen	32,7	5,2	4,9	1,2	55,9	100,0	574
Quatrième	34,6	3,1	4,4	1,3	56,6	100,0	405
Le plus riche	49,0	9,2	5,1	0,2	36,6	100,0	340
Ensemble	32,1	6,2	4,4	0,8	56,6	100,0	2 797

Note: les données concernent les dernières naissances de la période 0-59 mois ayant précédé l'enquête, dont la mère n'a pas accouché dans un établissement sanitaire.

8.2 STATUT DE LA FEMME ET SANTÉ REPRODUCTIVE

Le tableau 8.9 présente trois types de pourcentages selon les indicateurs du statut de la femme : il s'agit du pourcentage de femmes dont la dernière naissance a bénéficié de soins prénatals, du pourcentage de femmes dont la dernière naissance a bénéficié de soins postnatals et enfin du pourcentage de naissances qui ont eu lieu avec l'assistance de personnel de santé.

Tableau 8.9 Statut de la femme et santé reproductive

Pourcentage de femmes qui ont eu une naissance vivante au cours des cinq années ayant précédé l'enquête et dont la dernière grossesse a bénéficié de soins prénatals, pourcentage de femmes dont la dernière naissance a bénéficié de soins postnatals dans les deux jours après l'accouchement, et pourcentage de naissances dont la mère a bénéficié d'une assistance par du personnel de santé lors de l'accouchement, selon les indicateurs du statut de la femme, EDSMD-III Madagascar 2003-2004

Indicateur du statut de la femme	Pourcentage de soins prénatals par des médecins/ Infirmières/ Sages-femmes	Pourcentage d'enfants examinés pendant les 2 premiers jours suivant l'accouchement[1]	Effectif des femmes	Pourcentage des naissances assistées à l'accouchement par un médecin/ Infirmière/ sage-femme	Effectif des naissances
Nombre de décisions prises par la femme[2]					
0	68,0	47,0	302	48,4	395
1-2	69,5	54,0	264	41,9	393
3-4	75,8	51,3	778	43,3	1 247
5	83,4	56,0	2 816	54,8	4 248
Nombre de raisons pour lesquelles une femme pense qu'il est justifié qu'une femme refuse d'avoir des rapports sexuels avec son mari					
0	55,9	37,2	222	33,7	334
1-2	72,5	41,6	377	41,7	569
3-4	82,2	56,7	3 563	53,4	5 380
Nombre de raisons pour lesquelles une femme pense qu'il est justifié qu'un homme batte son épouse					
0	80,9	53,4	2 968	52,2	4 373
1-2	77,2	54,0	867	47,6	1 380
3-4	78,0	63,3	265	57,3	434
5	82,0	67,7	62	37,6	96
Ensemble	80,0	54,3	4 162	51,3	6 283

[1] Y compris les mères qui ont accouché dans un établissement sanitaire.
[2] Soit par elle-même ou conjointement avec d'autres personnes.

Les trois indicateurs du statut de la femme présentés dans ce tableau sont les suivants : 1) le nombre de décisions prises par la femme, 2) le nombre de raisons pour lesquelles une femme trouve normal dans certaines situations de refuser les rapports sexuels avec son mari et 3) le nombre de raisons pour lesquelles une femme trouve normal dans certaines situations qu'un mari batte sa femme. On ne constate pas de variation significative des pourcentages de femmes ayant reçu des soins prénatals, cela quel que soit l'indicateur du statut de la femme qu'il s'agisse des soins prénatals, des examens au cours des 2 jours qui suivent l'accouchement ou de l'assistance à l'accouchement.

Tout au plus, peut-on signaler que les proportions de femmes dont l'accouchement a été assisté par du personnel formé varient légèrement en fonction du nombre de raisons pour lesquelles il est justifié dans certaines situations qu'un homme batte sa femme ; de 52 % pour les femmes pour qui il n'y a aucune raison, la proportion passe à 38 % pour les femmes qui pensent que pour 5 raisons, il est justifié qu'un homme batte sa femme.

8.3 VACCINATION

Au cours de l'enquête, on a enregistré, pour tous les enfants nés au cours des cinq dernières années, les informations pouvant permettre une évaluation de la couverture vaccinale du Programme Élargi de Vaccinations (PEV) à Madagascar. Conformément aux recommandations de l'OMS, un enfant est complètement vacciné lorsqu'il a reçu le BCG (protection contre la tuberculose), le vaccin contre la rougeole et trois doses de vaccin contre la polio et trois doses de DTCoq (diphtérie, tétanos et coqueluche), en injection. En outre, depuis quelques années, une première dose de vaccin contre la polio (polio 0) est donnée à la naissance. D'après le calendrier vaccinal, tous ces vaccins doivent être administrés avant l'âge d'un an.

Les données sur la vaccination ont été collectées à partir de deux sources : le carnet de vaccination de l'enfant et les déclarations de la mère, quand le carnet n'était pas disponible ou n'existait pas. Le tableau 8.10 et le graphique 8.5 présentent les résultats sur la couverture vaccinale selon les différentes sources d'information pour les enfants de 12-23 mois, c'est-à-dire ceux qui, d'après les recommandations de l'OMS, ont atteint l'âge où ils devraient être correctement et complètement vaccinés.

Tableau 8.10 Vaccinations selon les sources d'information

Pourcentage d'enfants de 12-23 mois ayant reçu chaque vaccination spécifique, quel que soit l'âge à la vaccination, et pourcentage de ceux qui ont été vaccinés avant l'âge de 12 mois, selon que l'information provienne d'un carnet de vaccination ou des déclarations de la mère, EDSMD-III Madagascar 2003-2004

Source d'information	Pourcentage d'enfants ayant reçu des vaccins :											Effectif d'enfants
		DTCoq			Polio							
	BCG	1	2	3	0[1]	1	2	3	Rougeole	Tous les vaccins[2]	Aucune vaccination	
Vacciné à un moment avant l'enquête												
Carnet de vaccination	48,0	47,7	45,1	42,7	19,3	48,8	46,4	44,0	41,7	37,5	0,3	646
Déclaration de la mère	23,8	23,6	21,6	18,7	9,0	28,5	24,3	19,2	17,3	15,4	21,0	641
Les deux sources	71,8	71,3	66,7	61,4	28,3	77,3	70,7	63,2	59,0	52,9	21,3	1 287
Vacciné avant l'âge de 12 mois	69,4	69,1	64,4	58,5	27,5	75,0	67,9	60,2	52,2	47,3	23,8	1 287

Note : On suppose que le taux de couverture du DTCoq pour les enfants sans carnet de vaccination est le même que celui de la polio quand la mère a déclaré que l'enfant avait été vacciné contre la polio. Chez les enfants pour lesquels l'information est basée sur la déclaration de la mère, on a supposé que la proportion de vaccins reçus durant leur première année était la même que chez ceux ayant un carnet de vaccination.

[1] Polio 0 est la vaccination de polio donnée à la naissance.

[2] Enfants complètement vaccinés (c'est-à-dire ceux qui ont reçu le BCG, la rougeole, les trois doses de DTCoq et de polio, non-compris polio 0).

L'analyse de ces données révèle que 38 % des enfants de 12-23 mois avaient été complètement vaccinés d'après les informations tirées du carnet de vaccination. Quand on y ajoute les renseignements fournis par la mère, ce pourcentage atteint 53 %.

D'après le carnet de vaccination, on constate que 48 % des enfants de 12-23 mois ont reçu le BCG ; de plus, si l'on se base sur les seules déclarations de la mère, 24 % ont reçu cette vaccination. Au total donc, 72 % des enfants étaient vaccinés contre le BCG (donné en principe à la naissance) au moment de l'enquête et 69 % avaient reçu cette vaccination avant l'âge de 12 mois. La proportion d'enfants ayant reçu la première dose de DTCoq est également très importante (71 %), mais la couverture vaccinale diminue légèrement avec le nombre de doses : de 71 % pour la première dose, la proportion passe à 67 %

pour la deuxième dose et à 61 % pour les trois doses. Le taux de déperdition[1] pour ce vaccin entre la 1ère et la 2è dose est de 6 % ; ce taux de déperdition passe à 14 % entre la 1ère et la 3è dose.

Toujours selon les deux sources, un peu plus de la moitié des enfants de 12-23 mois (53 %) avaient reçu tous les vaccins du PEV[2] au moment de l'enquête. Le vaccin contre la polio étant administré en même temps que celui du DTCoq, on s'attend à trouver des niveaux de couverture vaccinale très proches. La couverture vaccinale varie selon la dose : 77 % ont reçu la première dose de polio (polio 1) mais cette proportion diminue ensuite avec les doses et près de six enfants de 12-23 mois sur dix ont reçu les trois doses de polio (63 %). Le taux de déperdition entre la première et la troisième dose de polio est donc de 18 %. En outre, près de six enfants sur dix (59 %) sont vaccinés contre la rougeole.

Graphique 8.5 Vaccinations des enfants de 12-23 mois selon le type de vaccin

Pourcentage

	BCG	DT Coq 1	DT Coq 2	DT Coq 3	Polio 1	Polio 2	Polio 3	Rougeole	Toutes du PEV	Aucune
Total	72	72	67	62	77	71	63	59	53	21

Selon le carnet de vaccination / Déclarations mère

EDSMD-III 2003-2004

Parmi les enfants qui ont reçu tous les vaccins, 47 % ont été vaccinés selon le calendrier recommandé, c'est-à-dire avant l'âge de 12 mois, cela selon les deux sources d'information. À l'inverse, 24 % de l'ensemble des enfants de 12-23 mois n'ont reçu aucun des vaccins du PEV avant l'âge de 12 mois.

Le tableau 8.11 et le graphique 8.6 présentent la couverture vaccinale des enfants de 12-23 mois selon certaines caractéristiques socio-démographiques de la mère et de l'enfant. En ce qui concerne la vaccination complète, on constate que la proportion de garçons vaccinés est plus faible que celle des filles (47 % contre 59 %). La couverture vaccinale diminue avec le rang de naissance : de 62 % pour le rang 1, elle passe à 57 % pour les rangs 2-3 et à 44 % pour le rang 6 ou plus. Selon le milieu de résidence, on constate que c'est en urbain que la couverture vaccinale est la plus élevée (70 %) et en rural qu'elle est la plus faible (49 %), le reste du milieu urbain occupant une position intermédiaire (67 %). La couverture

[1] Le taux de déperdition pour le DTCoq, par exemple, est la proportion d'enfants qui, ayant reçu la première dose du vaccin, ne reçoivent pas la troisième.
[2] Il s'agit du BCG, des trois doses de polio, de DTCoq et la rougeole.

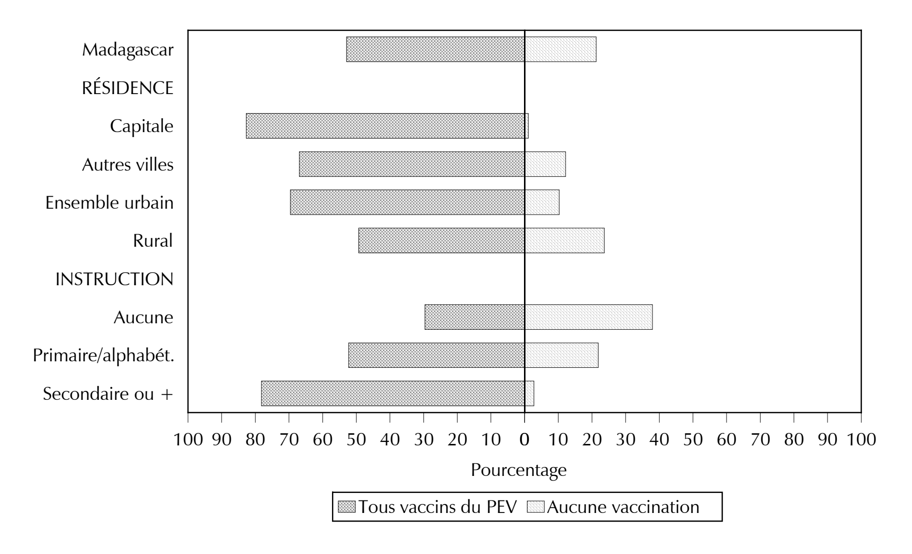
Tableau 8.11 Vaccinations selon les caractéristiques socio-démographiques

Pourcentage d'enfants de 12-23 mois ayant reçu chaque vaccination spécifique (selon le carnet de vaccination ou les déclarations de la mère) et pourcentage de ceux pour lesquels un carnet de vaccination a été présenté à l'enquêtrice, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDSMD-III Madagascar 2003-2004

	Pourcentage d'enfants ayant reçu des vaccins :											Pourcentage avec carnet de vacci-nation	
		DTCoq			Polio								
Caractéristique	BCG	1	2	3	0[1]	1	2	3	Rougeole	Tous vaccins[2]	Aucune vacci-nation		Effectif
Sexe													
Masculin	61,9	62,7	58,5	54,3	24,8	70,1	62,8	55,7	51,6	46,5	28,8	46,4	602
Féminin	80,6	78,9	73,9	67,7	31,3	83,7	77,6	69,9	65,6	58,5	14,8	53,5	685
Rang de naissance													
1	78,4	77,2	73,3	68,5	42,3	82,4	74,5	71,0	62,6	61,8	15,6	55,1	293
2-3	78,3	76,9	72,0	66,1	28,0	82,0	76,6	68,1	63,6	57,3	17,8	51,3	439
4-5	62,5	63,4	58,8	54,5	20,0	70,3	65,8	59,3	54,0	45,8	26,9	45,9	264
6 ou +	64,0	64,2	59,0	53,4	22,1	71,5	62,5	51,6	53,1	43,7	27,4	47,5	291
Milieu de résidence													
Capitale	98,9	97,5	95,0	93,6	44,0	96,8	94,9	90,4	88,8	82,7	1,1	53,4	39
Autres villes	84,5	84,3	82,5	77,1	40,5	86,2	83,5	76,6	70,8	66,9	12,2	55,4	187
Ensemble urbain	87,0	86,6	84,6	80,0	41,1	88,0	85,5	78,9	73,9	69,6	10,3	55,1	226
Rural	68,6	68,1	62,8	57,4	25,5	75,0	67,6	59,9	55,9	49,3	23,7	49,1	1 061
Province													
Antananarivo	87,8	88,1	86,8	85,2	42,0	92,0	88,2	83,2	77,6	76,0	7,7	63,2	385
Fianarantsoa	79,2	82,3	77,2	71,5	29,4	83,4	79,3	74,0	67,3	65,4	16,6	55,4	267
Toamasina	70,6	73,0	64,7	53,5	21,2	78,9	68,3	58,2	51,9	44,2	18,8	41,2	173
Mahajanga	58,6	51,3	46,4	40,6	26,2	63,4	57,3	46,9	51,4	31,7	34,2	46,0	202
Toliara	53,3	50,9	45,5	39,1	11,1	59,9	48,5	39,9	32,4	27,9	37,6	29,5	193
Antsiranana	47,2	46,4	36,3	31,9	19,2	56,8	47,0	35,0	38,2	29,1	39,5	49,6	68
Niveau d'instruction													
Aucun	51,4	48,2	39,2	35,5	13,4	59,6	46,6	35,8	36,2	29,6	38,0	31,3	321
Primaire/ Alphabét.	70,9	71,6	67,4	60,7	22,9	76,8	71,1	64,1	57,9	52,3	21,9	52,7	656
Secondaire ou plus	95,0	94,7	93,4	89,7	55,1	96,7	95,0	89,8	85,2	78,2	2,8	64,4	310
Niveau de bien-être													
Le plus pauvre	53,3	52,9	43,5	38,9	10,6	61,7	50,9	40,9	38,4	31,8	36,3	34,7	364
Second	61,5	64,2	57,6	51,3	20,0	71,0	60,5	52,8	48,8	43,3	26,9	50,1	220
Moyen	74,1	70,1	69,0	59,4	23,0	78,3	73,1	62,1	58,7	52,1	20,6	51,9	262
Quatrième	89,1	88,7	85,9	82,2	40,2	92,3	89,4	86,6	79,3	71,9	7,1	64,0	239
Le plus riche	93,1	93,4	92,6	91,0	62,1	93,4	92,5	88,7	84,0	80,1	6,0	59,7	201
Ensemble	71,8	71,3	66,7	61,4	28,3	77,3	70,7	63,2	59,0	52,9	21,3	50,2	1 287

Note: On suppose que le taux de couverture du DTCoq pour les enfants sans carnet de vaccination est le même que celui de la polio quand la mère a déclaré que l'enfant avait été vacciné contre la polio.
[1] Polio 0 est la vaccination de polio donnée à la naissance.
[2] Enfants complètement vaccinés (c'est-à-dire ceux qui ont reçu le BCG, la rougeole, les trois doses de DTCoq et de polio, non-compris polio 0).

Graphique 8.6 Pourcentage d'enfants 12-23 mois avec tous les vaccins du PEV et sans vaccination



Note : Informations selon la carte de vaccination ou les déclarations de la mère.

EDSMD-III 2003-2004

complète varie également selon la province, d'un minimum de 28 % à Toliara à un maximum de 76 % à Antananarivo. Le niveau d'instruction des mères met en évidence des disparités : la couverture vaccinale des enfants dont la mère a reçu une instruction est bien meilleure (52 % pour le niveau primaire ou alphabétisé et 78 % pour le secondaire ou plus) que celle des enfants dont la mère n'a aucune instruction (30 %).

Au cours de l'enquête, les données sur la vaccination ont été collectées pour les enfants de moins de cinq ans. Ainsi, il a été possible d'évaluer rétrospectivement les tendances de la couverture vaccinale avant l'âge de douze mois pour les quatre années ayant précédé l'enquête à partir des données concernant les enfants de 12-23, 24-35, 36-47 et 48-59 mois. Au tableau 8.12 sont présentés les taux de couverture vaccinale d'après le carnet de vaccination ou les déclarations de la mère pour les enfants de ces différents groupes d'âges. On y trouve également les proportions d'enfants de chaque groupe d'âges pour lesquels un carnet de vaccination a été montré à l'enquêtrice.

Pour l'ensemble des enfants de 1-4 ans, un carnet de vaccination a été présenté à l'enquêtrice dans 39 % des cas et cette proportion varie de 50 % pour les enfants âgés de 12-23 mois à l'enquête à 29 % pour ceux âgés de 48-59 mois. Pour l'ensemble des enfants de 1-4 ans, 68 % ont reçu le vaccin du BCG avant l'âge de 12 mois, 58 % la troisième dose de DTCoq et dans aussi 58 % des cas, ils ont reçu la troisième dose de polio. En outre, 50 % ont été vaccinés contre la rougeole et globalement, 45 % ont été vaccinés contre toutes les maladies du PEV avant l'âge de 12 mois. À l'opposé, 26 % des enfants de 1-4 ans n'ont reçu aucun de ces vaccins.

Les taux de couverture vaccinale complète diminuent avec l'âge de l'enfant, passant de 47 % chez les enfants de 12-23 mois à 43 % chez ceux de 24-35 mois et de 48-59 mois. Il se peut que ces variations proviennent, en partie, de problèmes de mémoire des enquêtées, celles-ci ne se souvenant plus très bien des vaccinations faites aux enfants les plus âgés.

Tableau 8.12 Vaccinations au cours de la première année

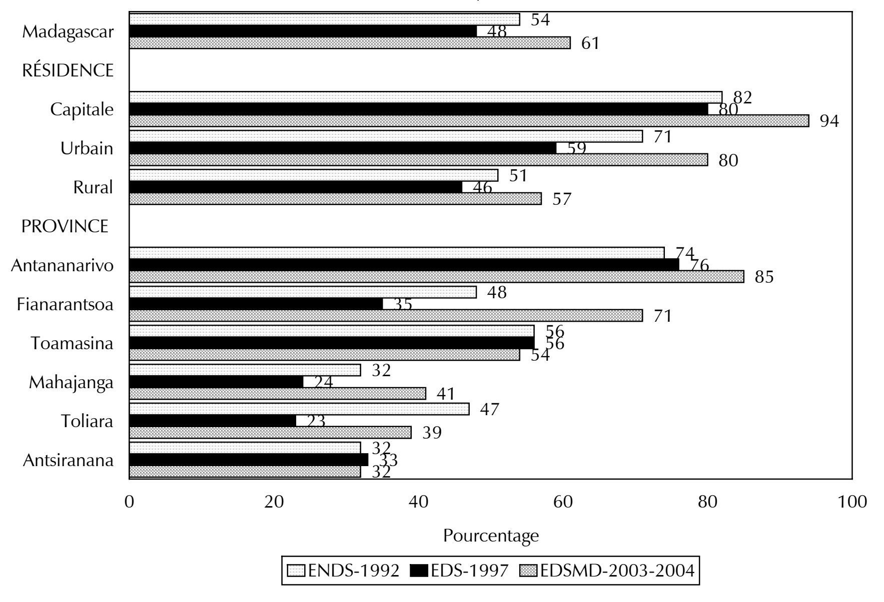
Pourcentage d'enfants âgés de 1 à 4 ans pour lesquels un carnet de vaccination a été présenté à l'enquêtrice, pourcentage de ceux qui ont reçu chaque vaccin avant l'âge de 12 mois, et pourcentage de ceux pour lesquels un carnet de vaccination a été présenté à l'enquêtrice, par âge actuel de l'enfant, EDSMD-III Madagascar 2003-2004

Âge actuel (en mois)	Pourcentage d'enfants ayant reçu des vaccins :											Pourcentage avec carnet de vacci-nation	Effectif
		DTCoq			Polio								
	BCG	1	2	3	0[1]	1	2	3	Rougeole	Tous vaccins[2]	Aucune vaccination		
12-23	69,4	69,1	64,4	58,5	27,5	75,0	67,9	60,2	52,2	47,3	23,8	50,2	1 287
24-35	70,6	69,4	66,9	59,8	30,8	75,6	72,0	59,0	47,2	42,7	23,9	42,1	1 007
36-47	67,6	66,1	62,5	57,3	23,9	71,2	67,2	57,6	51,1	45,7	26,1	35,1	1 229
48-59	63,8	63,3	59,4	53,8	22,4	66,0	62,7	53,4	48,1	42,5	31,9	29,2	1 096
Ensemble	68,2	67,6	63,8	57,8	26,1	72,7	68,0	58,1	50,4	45,1	25,7	39,4	4 618

Note: On suppose que le taux de couverture du DTCoq pour les enfants sans carnet de vaccination est le même que celui de la polio quand la mère a déclaré que l'enfant avait été vacciné contre la polio.
[1] Polio 0 est la vaccination de polio donnée à la naissance.
[2] Enfants complètement vaccinés (c'est-à-dire ceux qui ont reçu le BCG, la rougeole, les trois doses de DTCoq et de polio, non-compris polio 0).

Le graphique 8.7 présente la comparaison des résultats de l'ENDS de 1992, de l'EDS de 1997 à ceux de l'EDSMD-III de 2003-2004, pour la vaccination complète du DTCoq3. On peut constater sur le graphique une amélioration de la couverture récente du DTCoq3 au niveau national. La proportion d'enfants de 12-23 mois qui ont reçu les trois doses de ce vaccin avait diminué de 54 % à l'ENDS de 1992, à 48 % à l'EDS de 1997, puis augmenté pour atteindre 61 % à l'EDSMD-III de 2003-2004. Par province, on constate que celle de Fianarantsoa a enregistré, une fois de plus, l'amélioration la plus importante, passant d'un des niveaux les plus faibles, à savoir 48 % à l'ENDS 1992, puis à 35 % à l'EDS de 1997, pour atteindre ensuite le niveau le plus élevé (71 %) après celui de la province d'Antananarivo (85 %). Une amélioration sensible a toutefois également été observée dans les provinces de Mahajanga (41 % en 2003-2004 contre 24 % en 1997) et de Toliara (39 % en 2003-2004 contre 23 % en 1997) (graphique 8.7).

Graphique 8.7 **Pourcentage d'enfants de 12-23 mois qui ont reçu les trois doses de DTCoq, selon le carnet ou les déclarations de la mère, selon les trois EDS**



8.4 MALADIES DES ENFANTS

8.4.1 Infections respiratoires et fièvre

Les infections respiratoires aiguës (IRA) et particulièrement la pneumonie constituent l’une des premières causes de mortalité des enfants dans les pays en développement. Pour évaluer la prévalence de ces infections parmi les enfants, on a demandé aux mères si leurs enfants avaient souffert de la toux pendant les deux semaines ayant précédé l’enquête et, si oui, on demandait alors si la toux avait été accompagnée d’une respiration courte et rapide. Par ailleurs, la fièvre peut être un symptôme important de nombreuses maladies. Au cours de l’EDSMD-III, on a donc demandé aux mères si leurs enfants avaient eu de la fièvre durant les deux semaines ayant précédé l'interview. En outre, pour les enfants ayant présenté ces symptômes d’IRA et ayant eu de la fièvre, on a cherché à connaître le pourcentage de ceux qui avaient été menés en consultation et l’endroit où cette consultation avait eu lieu ainsi que les traitements éventuels qui avaient été donnés.

Parmi les enfants de moins de cinq ans, on constate qu’un peu moins d’un sur dix (9 %) a souffert de toux accompagnée de respiration courte et rapide (tableau 8.13 et graphique 8.8). C'est chez les enfants de 6-11 mois (14 %) que ces infections respiratoires sont les plus fréquentes. On ne note qu'une légère différence entre les pourcentages de garçons et de filles ayant souffert de toux (respectivement, 8 % et 9 %). En outre, la prévalence des IRA est identique en milieu rural et en milieu urbain (9 %).

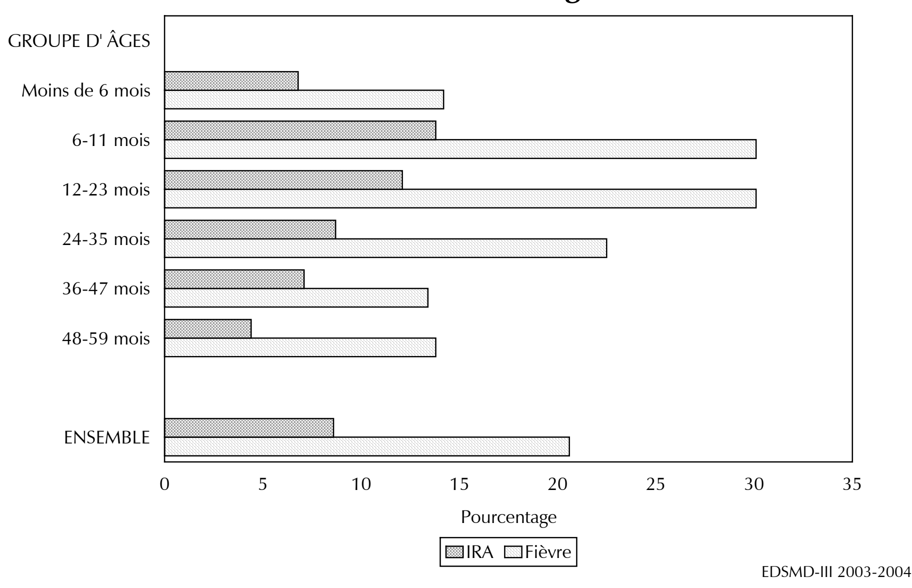
Tableau 8.13 Prévalence et traitement des Infections Respiratoires Aiguës (IRA) et fièvre

Parmi les enfants de moins de cinq ans, pourcentage de ceux qui ont souffert de la toux avec une respiration courte et rapide (symptômes des IRA), pourcentage de ceux qui ont eu de la fièvre au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête, et pourcentage de ceux ayant les symptômes des IRA et de la fièvre qui ont été conduits en consultation dans un établissement sanitaire, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDSMD-III Madagascar 2003-2004

Caractéristique	Pourcentage d'enfants avec les symptômes des IRA[1]	Pourcentage d'enfants avec fièvre	Effectif d'enfants	Pourcentage traité dans un établissement sanitaire ou par un agent de santé	Effectif d'enfants qui ont eu des IRA ou de la fièvre
Âge de l'enfant en mois					
<6	6,8	14,2	615	33,1	103
6-11	13,8	30,1	608	48,9	202
12-23	12,1	30,1	1 287	43,6	426
24-35	8,7	22,5	1 007	45,3	244
36-47	7,1	13,4	1 229	31,8	197
48-59	4,4	13,8	1 096	20,7	168
Sexe					
Masculin	8,3	22,0	2 845	39,4	689
Féminin	9,0	19,1	2 996	39,2	651
Milieu de résidence					
Capitale	7,6	19,6	198	62,7	42
Autres villes	9,0	19,4	902	56,3	202
Ensemble urbain	8,7	19,5	1 100	57,4	244
Rural	8,6	20,8	4 740	35,3	1 096
Province					
Antananarivo	4,8	12,8	1 600	41,1	238
Fianarantsoa	3,5	11,4	1 339	45,6	179
Toamasina	15,5	32,2	887	32,7	309
Mahajanga	11,9	24,5	830	40,1	220
Toliara	15,9	33,1	788	44,8	287
Antsiranana	4,9	23,5	398	27,0	106
Niveau d'instruction					
Aucun	10,9	21,4	1 503	29,0	356
Primaire/ Alphabét.	8,2	21,7	3 078	37,8	734
Secondaire ou plus	7,1	16,8	1 260	58,3	250
Niveau de bien-être					
Le plus pauvre	9,7	24,3	1 623	34,2	441
Second	9,3	19,9	1 110	34,0	248
Moyen	9,2	20,3	1 230	33,5	276
Quatrième	6,4	17,2	996	47,3	182
Le plus riche	7,6	18,8	882	58,5	193
Ensemble	8,6	20,6	5 841	39,3	1 340

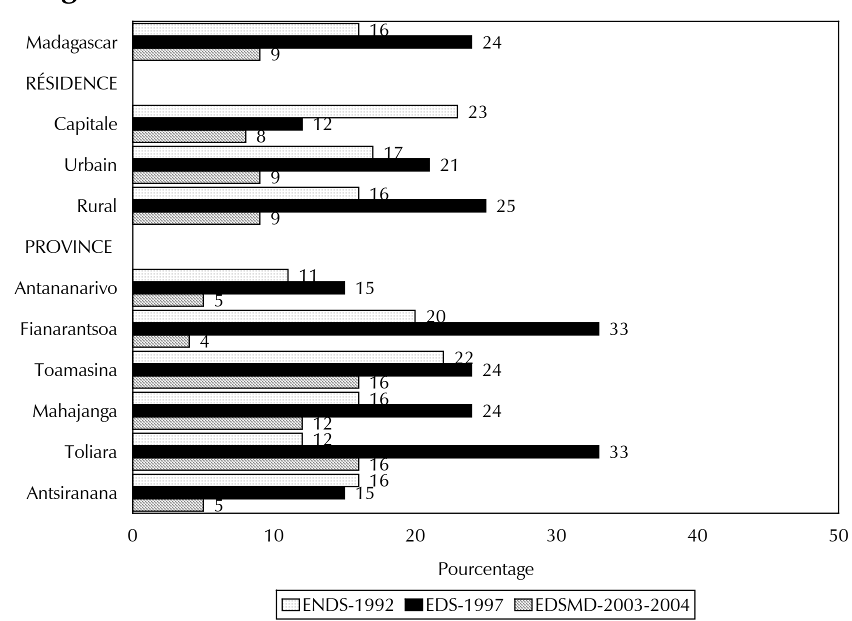
Note : Les données concernent les enfants vivants de la période 0-59 mois ayant précédé l'enquête.
[1] Définis par la présence de toux accompagnée de respiration courte et rapide.
IRA = Infection Respiratoire Aiguë

Graphique 8.8 Prévalence des infections respiratoires aiguës (IRA) et de la fièvre chez les enfants de moins de 5 ans selon l'âge



Du point de vue des provinces, c'est dans celles de Toliara (16 %), de Toamasina (16 %) et de Mahajanga (12 %) que la prévalence des IRA est la plus élevée. C'est dans les provinces de Fianarantsoa (4 %), suivie par celles d'Antananarivo et d'Antsiranana (5 %) que l'on observe les niveaux les plus faibles. Selon les trois EDS, les résultats montrent que c'est la province de Fianarantsoa qui a enregistré la baisse la plus importante, passant de 20 % à l'ENDS de 1992 à 33 % à l'EDS de 1997, puis à 4 % à l'EDSMD-III de 2003-2004 (graphique 8.9).

Graphique 8.9 Prévalence des infections respiratoires aiguës (IRA) chez les enfants de moins 5 ans selon les trois EDS



Selon le niveau d'instruction des mères, on constate que les prévalences varient très peu : de 11 % parmi les enfants dont la mère est sans instruction, elle passe à 7 % parmi ceux dont la mère a un niveau secondaire ou plus.

Parmi les enfants qui ont eu de la fièvre ou ont présenté des symptômes d'infections respiratoires aiguës au cours des deux semaines qui ont précédé l'enquête, 39 % seulement ont été conduits dans un établissement sanitaire ou auprès de personnel médical pour traitement ou conseil (tableau 8.13). Les enfants de 6-11 mois et de 12-35 mois sont ceux qui sont conduits le plus fréquemment dans un établissement sanitaire (respectivement, 49 % et 44 %). Par contre, il n'y a pas de variations selon le sexe des enfants (39 %).

La fréquentation des établissements sanitaires pour le traitement des IRA est beaucoup plus importante en milieu urbain (57 %) qu'en milieu rural (35 %), cela du fait d'une plus grande disponibilité des infrastructures sanitaires et d'une plus grande accessibilité en ville qu'en milieu rural. Du point de vue des provinces, on remarque que les enfants de la province de Toamasina, qui comptent pourtant parmi ceux qui souffrent le plus d'IRA (16 %), sont ceux qui sont les moins fréquemment conduits dans des établissements sanitaires (33 %). C'est cependant dans la province d'Antsiranana que la proportion d'enfants traités dans un centre de santé ou par un agent de santé est la plus faible (27 %). On constate, par ailleurs, que si la prévalence des IRA varie très peu selon le niveau d'instruction de la mère, ce sont néanmoins les enfants des femmes les plus instruites qui sont les plus fréquemment menés en consultation (58 % des enfants de mère ayant un niveau secondaire ou plus contre 38 % de ceux dont la mère a un niveau primaire ou est alphabétisée et seulement 29 % de ceux dont la mère n'a aucune instruction).

Possession et utilisation de moustiquaires

Le tableau 8.14 présente le pourcentage de ménages avec des moustiquaires, et parmi les ménages ayant des enfants de moins de cinq ans, la répartition en pourcentage selon l'utilisation de moustiquaires dans la nuit précédant l'enquête, par certaines caractéristiques socio-démographiques. Il ressort de ce tableau que 39 % : des ménages disposent d'une moustiquaire. Parmi les ménages ayant des enfants de moins de cinq ans, dans 36 % des cas, tous les enfants ont dormi sous une moustiquaire, dans 1 % des cas quelques enfants ont dormi sous une moustiquaire et dans 62 % des cas aucun des enfants n'a dormi sous une moustiquaire.

Selon le milieu de résidence, la disponibilité de moustiquaires varie légèrement. Elle est de 37 % en milieu rural contre 44 % en milieu urbain. Du point de vue des provinces, la disponibilité de moustiquaires passe d'un minimum de 11 % dans la province d'Antananarivo à un maximum de 82 % dans celle d'Antsiranana.

Quel que soit le milieu de résidence, on constate que tous les enfants de moins de cinq ans ont dormi sous une moustiquaire dans la nuit précédant l'enquête, dans un peu plus du tiers des ménages. Par province, le niveau d'utilisation des moustiquaires par tous les enfants des ménages atteint son maximum dans les provinces d'Antsiranana (84 %) et de Mahajanga (63 %), suivies de celle de Toamasina (54 %). Le niveau d'utilisation le plus faible est observé dans les provinces d'Antananarivo (12 %), de Toliara (19 %) et de Fianarantsoa (30 %).

Tableau 8.14 Possession et utilisation de moustiquaires

Pourcentage de ménages possédant des moustiquaires et répartition (en %) selon l'utilisation des moustiquaires par les enfants de moins de cinq ans au cours de la nuit ayant précédé l'enquête et selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDSMD-III Madagascar 2003-2004

			Utilisation des moustiquaires la nuit ayant précédé l'enquête :					
Caractéristique	Pourcentage de ménages avec moustiquaire	Effectif de ménages	Tous les enfants ont dormi sous moustiquaire	Certains enfants ont dormi sous moustiquaire	Aucun des enfants n'a dormi sous moustiquaire	ND	Total	Effectif de ménages
Milieu de résidence								
Capitale	26,6	439	34,9	0,7	63,8	0,6	100,0	155
Autres villes	49,2	1 471	42,8	1,6	53,8	1,7	100,0	661
Ensemble urbain	44,0	1 909	41,3	1,4	55,7	1,5	100,0	816
Rural	37,4	6 511	34,6	1,0	63,4	1,0	100,0	3 407
Province								
Antananarivo	11,4	2 572	11,9	0,2	87,3	0,6	100,0	1 149
Fianarantsoa	33,6	1 480	30,3	0,7	68,0	1,0	100,0	863
Toamasina	61,5	1 293	54,4	2,0	42,6	1,1	100,0	648
Mahajanga	67,4	1 099	62,7	1,8	34,5	1,1	100,0	574
Toliara	28,3	1 003	19,2	1,8	77,0	1,9	100,0	558
Antsiranana	82,2	671	83,6	1,2	13,7	1,5	100,0	300
Niveau de bien-être								
Le plus pauvre	43,3	1 409	36,7	0,9	61,2	1,2	100,0	1 055
Second	38,0	1 720	34,9	1,6	63,0	0,5	100,0	819
Moyen	41,2	1 614	33,7	0,8	64,1	1,3	100,0	872
Quatrième	37,8	1 770	35,1	1,3	62,7	1,0	100,0	750
Le plus riche	35,6	1 906	39,4	0,7	58,4	1,5	100,0	728
Ensemble	38,9	8 420	35,9	1,0	61,9	1,1	100,0	4 223

Par ailleurs, le tableau 8.15 présente les résultats de l'utilisation des moustiquaires pour l'ensemble des femmes de 15-49 ans et pour les femmes enceintes selon certaines catégories socio-démographiques. On constate que 32 % des femmes de 15 à 49 ans ont dormi sous une moustiquaire, la nuit ayant précédé l'enquête. Les résultats selon les caractéristiques socio-démographiques font apparaître les mêmes variations que celles déjà constatées pour les enfants : ce sont les femmes de la capitale, du milieu rural, celles des provinces d'Antananarivo, de Fianarantsoa et de Toliara qui ont le moins fréquemment dormi sous une moustiquaire la nuit ayant précédé l'enquête. Par contre, ce sont les femmes des provinces d'Antsiranana (76 %), de Mahajanga (61 %) et de Toamasina (54 %) qui ont le plus fréquement dormi sous une moustiquaire.

Tableau 8.15 Utilisation des moustiquaires par les femmes

Parmi les femmes de 15-49 ans (de fait), pourcentage de celles qui ont dormi la nuit dernière sous une moustiquaire ; parmi les femmes enceintes de 15-49 ans, pourcentage de celles qui ont dormi la nuit dernière sous une moustiquaire, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDSMD-III Madagascar 2003-2004

Caractéristique	Toutes les femmes: Pourcentage qui ont dormi la nuit dernière sous une moustiquaire (traitée ou non)	Toutes les femmes: Effectif	Femmes enceintes: Pourcentage qui ont dormi la nuit dernière sous une moustiquaire (traitée ou non)	Femmes enceintes: Effectif
Milieu de résidence				
Capitale	19,4	466	19,2	27
Autres villes	39,0	1 509	49,6	108
Ensemble urbain	34,4	1 975	43,5	135
Rural	30,5	5 974	33,2	622
Province				
Antananarivo	7,5	2 671	4,5	207
Fianarantsoa	27,0	1 599	33,7	149
Toamasina	54,3	1 196	56,8	116
Mahajanga	61,2	987	58,5	114
Toliara	21,6	957	27,1	112
Antsiranana	76,1	539	71,7	59
Niveau d'instruction				
Aucun	33,2	1 741	38,5	195
Primaire/ Alphabét.	32,5	3 757	31,3	378
Secondaire ou plus	28,7	2 451	39,0	184
Niveau de bien-être				
Le plus pauvre	35,3	1 700	37,1	211
Second	35,4	1 206	38,4	128
Moyen	34,2	1 466	34,3	171
Quatrième	29,0	1 531	32,7	116
Le plus riche	25,9	2 046	31,4	131
Ensemble	31,5	7 949	35,0	757

En ce qui concerne l'utilisation des moustiquaires par les femmes enceintes, elle n'est guère différente de celle de l'ensemble des femmes, cela quelle que soit la caractéristique socio-démographique. En effet, la proportion de femmes enceintes ayant dormi sous une moustiquaire la nuit précédant l'enquête est assez proche de celle de l'ensemble des femmes (35 % contre 32 %). Comme mentionées précédemment, les variations chez les femmes enceintes par milieu ou par province suivent les mêmes tendances que celles décrites pour l'ensemble des femmes.

Traitement de la fièvre

La fièvre pouvant être un des principaux symptômes de nombreuses maladies, tels le paludisme et la rougeole qui provoquent de nombreux décès infantile en Afrique, on a demandé aux mères si leurs enfants avaient eu de la fièvre durant les deux semaines ayant précédé l'interview.

Le tableau 8.16 présente le pourcentage d'enfants de moins de cinq ans qui ont eu de la fièvre au cours des deux semaines précédant l'enquête, par type de médicaments antipaludéens utilisés pour le traitement et selon le milieu de résidence. Il ressort de ce tableau qu'une faible proportion d'enfants 34 % ont été soignés avec des médicaments antipaludéens, et principalement à l'aide de la chloroquine (33 %) et 1 % avec du fansidar. Le recours à la chloroquine est assez répandu quel que soit le milieu de

Tableau 8.16 Médicaments donnés pour traiter la fièvre

Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans qui ont eu de la fièvre au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête par type de médicaments antipaludéens reçus pour traiter la fièvre, EDSMD-III Madagascar 2003-2004

Médicaments	Milieu de résidence				Ensemble
	Capitale	Autres villes	Ensemble urbain	Rural	
Médicaments antipaludéens					
Fansidar	2,2	1,3	1,5	0,8	0,9
Chloroquine / Nivaquine	22,9	37,1	34,5	33,0	33,3
Aucun médicament antipaludéen	71,3	66,3	67,2	57,1	58,9
Autres médicaments					
Aspirine	54,7	42,0	44,3	34,1	35,9
Ibuprofenacet aminophène	15,9	21,5	20,5	22,4	22,1
NSP/ND	8,3	6,0	6,4	8,0	7,7
Aucun remède	5,6	9,2	8,5	21,3	19,0
Effectif des enfants	39	175	214	986	1 201

résidence, passant de 23 % dans la capitale à 37 % dans les autres villes et à 33 % en milieu rural. En outre, les résultats montrent que parmi ces enfants qui ont eu de la fièvre au cours des deux dernières semaines précédant l'enquête, 59 % n'ont reçu aucun médicament antipaludéen et 19 % n'ont eu aucun remède. Une forte proportion d'enfants avec la fièvre ont cependant été soignés avec de l'aspirine (36 %) ou d'autres calmants (22 %), et cela principalement dans la capitale (55 %).

8.4.2 Déclaration des naissances

Au même titre que le droit à la vie, aux soins de santé et à l'éducation, la déclaration à l'état civil de la naissance d'un enfant fait partie de ses droits fondamentaux. La promotion de ces droits fondamentaux de l'enfant est l'objectif du Sommet Mondial pour les enfants de l'UNICEF. De plus, la déclaration des naissances à l'état civil est une démarche très importante dans la mesure où elle permet de disposer d'informations statistiques pour suivre l'évolution de la population. Lors de l'EDSMD-III, on a donc demandé à la mère si la naissance de son enfant, survenue au cours des cinq dernières années, avait été déclarée à l'état civil.

Près des trois quarts des naissances survenues au cours des cinq années ayant précédé l'enquête (75 %) ont été déclarées à l'état civil (tableau 8.17). L'âge de la mère ne paraît pas avoir une influence sur la déclaration des naissances. Par contre, les naissances de rangs 1 à 3 (entre 77 et 79 %) semblent plus fréquemment être déclarées que celles de rangs 4-5 (73 %) et de rangs 6 ou plus (69 %).

Tableau 8.17 Déclaration des naissances

Répartition (en %) des naissances survenues au cours des cinq années ayant précédé l'enquête selon qu'elles ont été déclarées ou non à l'état-civil, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDSMD-III Madagascar 2003-2004

	Déclaration des naissances à l'état-civil				
Caractéristique	Oui	Non	NSP	Total	Effectif de naissances
Âge à la naissance					
<20	69,1	26,8	4,1	100,0	1 201
20-34	76,7	20,7	2,6	100,0	4 162
35-49	74,2	22,7	3,1	100,0	920
Rang de naissance					
1	76,5	20,8	2,7	100,0	1 445
2-3	78,8	18,6	2,7	100,0	2 166
4-5	73,1	23,6	3,3	100,0	1 306
6 ou +	68,5	27,9	3,5	100,0	1 366
Milieu de résidence					
Capitale	94,6	5,0	0,5	100,0	204
Autres villes	85,8	12,7	1,4	100,0	949
Ensemble urbain	87,4	11,3	1,3	100,0	1 153
Rural	72,0	24,6	3,4	100,0	5 131
Province					
Antananarivo	89,1	8,7	2,2	100,0	1 698
Fianarantsoa	76,1	22,3	1,6	100,0	1 389
Toamasina	69,4	29,4	1,3	100,0	969
Mahajanga	60,4	30,7	8,8	100,0	926
Toliara	61,5	35,4	3,1	100,0	869
Antsiranana	84,6	13,8	1,6	100,0	433
Niveau d'instruction					
Aucun	51,3	43,3	5,4	100,0	1 667
Primaire/ Alphabét.	79,3	18,0	2,7	100,0	3 288
Secondaire ou plus	93,3	5,9	0,7	100,0	1 328
Niveau de bien-être					
Le plus pauvre	57,8	37,6	4,7	100,0	1 781
Second	68,2	27,5	4,3	100,0	1 212
Moyen	79,5	18,2	2,3	100,0	1 315
Quatrième	87,8	10,7	1,4	100,0	1 052
Le plus riche	95,0	4,3	0,7	100,0	923
Ensemble	74,8	22,2	3,0	100,0	6 283

Les naissances sont déclarées plus fréquemment dans la capitale (95 %) que dans le reste du milieu urbain (86 %) et que dans le milieu rural (72 %). Au niveau de la province, les pourcentages présentent de fortes variations, d'un minimum de 60 % dans la province de Mahajanga à un maximum de 89 % dans celle d'Antananarivo. Enfin, on constate que plus la femme a de l'instruction, plus les naissances sont déclarées : 51 % chez les femmes sans instruction contre 79 % pour les femmes de niveau primaire ou alphabétisé et 93 % pour celles du secondaire ou plus.

8.4.3 Produits nettoyants pour se laver les mains

Au cours de l'enquête, on a demandé où les membres du ménage se lavaient habituellement les mains et on a vérifié si certains produits et ustensiles nécessaires pour se laver les mains se trouvaient dans l'endroit indiqué. Le tableau 8.18 présente les résultats à ces deux questions. On constate que 17 % des ménages disposent d'un accès à l'eau de robinet ; dans 41 % des cas, les ménages possèdent du savon,

des cendres ou tout autre produit de nettoyage et dans 27 % des cas, on a vérifié la présence d'une cuvette pour se laver les mains. Dans l'ensemble, 8 % des ménages disposent des trois moyens de nettoyage ; par contre, dans plus de la moitié des ménages (51 %), on n'a constaté la présence d'aucun de ces trois éléments nécessaires. Ces proportions varient selon les caractéristiques socio-démographiques. Il apparaît que c'est dans la capitale que les conditions d'hygiène pour les mains sont les meilleures : 61 % des ménages y disposent de l'eau/robinet contre 28 % dans les autres villes et seulement 12 % en rural. En ce qui concerne les produits nettoyants, on a vérifié leur présence dans 77 % des ménages dans la capitale ; cette proportion est de 36 % en rural et 56 % dans les autres villes. Enfin, 57 % des ménages de la capitale disposent d'une cuvette ou bassine contre 38 % dans les autres villes et 22 % en rural. Globalement, dans la capitale 42 % des ménages possèdent le nécessaire pour se laver les mains contre 15 % dans les autres villes et 4 % en rural.

Tableau 8.18 Ménages disposant du nécessaire pour se laver les mains

Pourcentage de ménages qui disposent du nécessaire pour se laver les mains, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDSMD-III Madagascar 2003-2004

Caractéristique	Eau de robinet	Savon, cendre, autre détergent	Cuvette	Les trois moyens pour laver les mains	Aucun des trois moyens pour se laver les mains	Effectif de ménages
Milieu de résidence						
Capitale	61,3	77,1	57,1	41,5	18,6	439
Autres villes	27,7	55,7	37,9	15,0	37,5	1 471
Ensemble urbain	35,4	60,6	42,3	21,1	33,2	1 909
Rural	12,1	35,8	22,3	3,5	56,1	6 511
Province						
Antananarivo	20,0	70,6	43,4	12,3	26,6	2 572
Fianarantsoa	6,5	22,2	14,6	2,2	72,0	1 480
Toamasina	26,4	26,2	23,5	11,0	62,3	1 293
Mahajanga	22,9	39,5	19,0	5,4	49,3	1 099
Toliara	14,5	18,7	14,5	3,1	69,1	1 003
Antsiranana	9,4	40,6	29,8	3,3	48,5	671
Provenance de l'eau						
Robinet	38,1	71,3	47,2	20,7	22,8	2 138
Puits protégé	14,8	46,8	30,9	7,0	47,6	786
Puits non protégé	10,3	37,6	23,4	2,5	55,0	1 067
Marigot	9,5	26,9	17,1	2,4	64,1	4 422
Temps pour se rendre à la source de l'eau						
A la maison	35,6	74,5	45,6	17,6	22,7	1 156
<2 minutes	(36,2)	(44,8)	(29,3)	(1,5)	(29,7)	47
2 à 5 minutes	16,5	43,8	28,2	8,7	48,7	773
5 à 9 minutes	15,4	38,7	26,2	4,9	51,9	1 832
10 minutes ou +	13,6	33,9	22,1	5,8	58,2	4 597
Niveau de bien-être						
Le plus pauvre	12,0	16,3	10,8	1,6	72,7	1 409
Second	10,3	21,4	10,9	1,9	69,9	1 720
Moyen	10,2	32,4	21,4	3,1	58,7	1 614
Quatrième	13,7	47,2	27,4	5,7	45,0	1 770
Le plus riche	37,2	80,4	57,2	22,2	16,6	1 906
Ensemble[1]	17,4	41,4	26,8	7,5	50,9	8 420

[1] Y compris 7 cas pour lesquels la source d'eau potable n'est pas déterminée et 14 cas pour lesquels le temps pour se rendre à la source d'eau n'est pas déterminé.

8.4.4 Diarrhée

Prévalence de la diarrhée

De par leurs conséquences, notamment la déshydratation et la malnutrition, les maladies diarrhéiques constituent, directement ou indirectement, une des principales causes de décès des jeunes enfants dans les pays en développement. L'OMS recommande, pour lutter contre les effets de la déshydratation, la généralisation du Traitement de Réhydratation par voie Orale (TRO), en conseillant l'utilisation soit d'une solution préparée à partir du contenu de sachets de Sels de Réhydratation par voie Orale (SRO), soit d'une solution préparée à la maison avec de l'eau, du sucre et du sel.

Au cours de l'EDSMD-III, on a demandé aux mères si leurs enfants avaient eu la diarrhée au cours des deux semaines précédant l'interview, afin de mesurer la prévalence des maladies diarrhéiques chez les enfants de moins de cinq ans. En ce qui concerne le traitement de la diarrhée, on a demandé aux mères si elles connaissaient le SRO et si, durant les épisodes diarrhéiques, elles avaient utilisé cela et/ou une solution d'eau sucrée et salée.

De l'examen des données du tableau 8.19 et du graphique 8.10, il ressort que près d'un enfant sur dix (10 %) avait souffert de la diarrhée pendant les deux semaines ayant précédé l'enquête. La prévalence de la diarrhée est particulièrement importante chez les jeunes enfants de 6-23 mois (17 à 18 %). Ces âges de forte prévalence sont aussi les âges auxquels les enfants commencent à recevoir des aliments autres que le lait maternel et à être sevrés. Ils correspondent aussi aux âges auxquels les enfants commencent à explorer leur environnement, ce qui les expose davantage à la contamination par des agents pathogènes.

On constate des variations selon certaines caractéristiques socio-démographiques. Les résultats selon le sexe de l'enfant n'en font pas apparaître. La proportion de garçons ayant eu la diarrhée est très proche de celle des filles (11 % contre 9 %). Selon le milieu de résidence, on ne constate pas de différence entre les enfants vivant en milieu rural et ceux du milieu urbain (10 % contre 9 %) comme c'était le cas pour les IRA. Par contre, selon les provinces, il y a des écarts importants : dans la province de Toliara, 21 % des enfants ont eu la diarrhée ; de même, dans les provinces de Toamasina et de Mahajanga, 11 % des enfants dans les deux provinces ont eu de la diarrhée. À l'opposé, ce sont les provinces d'Antananarivo et de Fianarantsoa, qui ont les proportions les plus faibles (6 %). Il faut signaler que dans la capitale, la proportion est de 5 %.

En ce qui concerne le niveau d'instruction des femmes, on s'attend généralement à ce que la prévalence de la diarrhée chez les enfants diminue avec l'augmentation du niveau d'instruction de la mère. On constate effectivement à Madagascar qu'au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête, 13 % des enfants de femmes sans instruction ont eu la diarrhée contre seulement 6 % parmi ceux dont la mère a un niveau secondaire ou plus.

Par ailleurs, la disponibilité dans le ménage du nécessaire pour se laver les mains ou le type d'approvisionnement en eau potable ne semble pas affecter de manière sensible la prévalence de la diarrhée. On ne constate pas non plus d'écarts significativement importants de la prévalence en fonction de l'indice de bien-être du ménage.

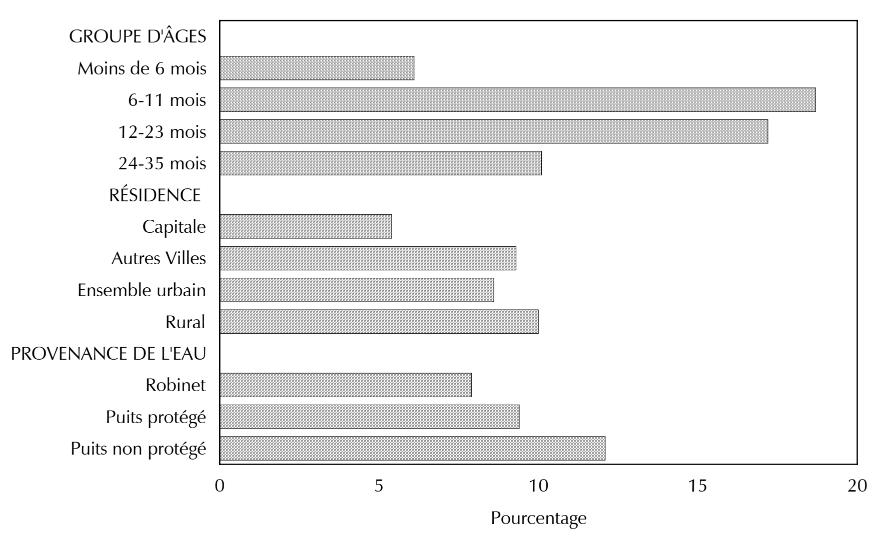
Tableau 8.19 Prévalence de la diarrhée

Parmi les enfants de moins de cinq ans, pourcentage de ceux qui ont eu la diarrhée au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDSMD-III Madagascar 2003-2004

Caractéristique	Pourcentage d'enfants qui ont eu la diarrhée dans les deux semaines ayant précédé l'enquête	Effectif d'enfants vivants de moins de cinq ans
Âge des enfants en mois		
<6	6,1	615
6-11	18,7	608
12-23	17,2	1 287
24-35	10,1	1 007
36-47	4,9	1 229
48-59	3,3	1 096
Sexe		
Masculin	10,6	2 845
Féminin	9,0	2 996
Milieu de résidence		
Capitale	5,4	198
Autres villes	9,3	902
Ensemble urbain	8,6	1 100
Rural	10,0	4 740
Province		
Antananarivo	6,4	1 600
Fianarantsoa	6,2	1 339
Toamasina	11,3	887
Mahajanga	10,6	830
Toliara	20,8	788
Antsiranana	8,2	398
Niveau d'instruction		
Aucun	12,5	1 503
Primaire/ Alphabét.	9,8	3 078
Secondaire ou plus	6,4	1 260
Nécessaire pour se laver les mains		
Eau/robinet	12,2	816
Savon/ cendre/ autre détergent	7,3	2 050
Cuvette	9,0	1 236
Tous les trois moyens	10,9	315
Aucun	10,7	3 332
Provenance de l'eau		
Robinet	7,9	1 092
Puits protégé	9,4	503
Puits non protégé	12,1	765
Marigot	9,9	3 481
Niveau de bien-être		
Le plus pauvre	14,1	1 623
Second	9,4	1 110
Moyen	8,0	1 230
Quatrième	7,6	996
Le plus riche	7,2	882
Ensemble	9,8	5 841

Note: Les données concernent les enfants vivants de la période 0-59 ans ayant précédé l'enquête.

Graphique 8.10 Prévalence de la diarrhée chez les enfants de moins de 5 ans selon certaines caractéristiques socio-démographiques



EDSMD-III 2003-2004

Connaissance des sachets de SRO

Parmi les femmes ayant eu des enfants dans les cinq années précédant l'enquête, 61 % ont déclaré connaître les Sels de Réhydratation par voie orale ou SRO (tableau 8.20), ce qui est élevé. Le niveau de connaissance des sachets de SRO est assez variable selon les caractéristiques socio-démographiques des mères. On constate que cette connaissance est relativement plus faible en milieu rural qu'en milieu urbain (58 % contre 74 %). Bien entendu, les femmes de niveau d'instruction secondaire ou plus en ont une meilleure connaissance : 87 % des femmes de niveau secondaire ou plus les connaissent contre 64 % des femmes alphabétisées ou de niveau primaire et seulement 30 % de celles sans instruction. Selon l'indice de bien-être des ménages, la connaissance des SRO par les femmes passe de 44 % dans les ménages les plus pauvres à 89 % dans les plus riches.

Tableau 8.20 Connaissance des sachets de SRO

Pourcentage de mères ayant eu des naissances au cours des cinq années ayant précédé l'enquête qui connaissent les sachets de SRO pour le traitement de la diarrhée, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDSMD-III Madagascar 2003-2004

Caractéristique	Pourcentage de mères connaissant les sachets de SRO	Effectif des mères
Âge		
15-19	39,3	427
20-24	58,4	1 007
25-29	66,5	1 007
30-34	68,1	784
35-49	60,7	937
Milieu de résidence		
Capitale	95,3	159
Autres villes	68,7	665
Ensemble urbain	73,8	823
Rural	57,5	3 339
Province		
Antananarivo	81,8	1 170
Fianarantsoa	66,6	916
Toamasina	49,2	641
Mahajanga	51,4	611
Toliara	38,1	539
Antsiranana	44,0	284
Niveau d'instruction		
Aucun	29,9	1 063
Primaire/ Alphabét.	64,3	2 124
Secondaire ou plus	86,6	975
Niveau de bien-être		
Le plus pauvre	43,7	1 113
Second	48,1	750
Moyen	58,9	855
Quatrième	73,6	701
Le plus riche	89,1	743
Ensemble	60,7	4 162

SRO = Sels de réhydratation orale

Traitement de la diarrhée

Le tableau 8.21 montre que parmi les enfants ayant eu la diarrhée les deux semaines précédant l'enquête, seulement 32 % ont été conduits dans un établissement sanitaire au cours de leur maladie ; parmi ceux de 6-11 mois, seulement 30 % avaient eu des soins dans un centre de santé. Parmi ceux de 36-47 mois (19 %), les proportions, quoique assez faibles, sont plus élevées. Par ailleurs, les enfants du milieu urbain ont été menés en proportion plus importante en consultation (41 %) que ceux du milieu rural (30 %). Au niveau de la province, les pourcentages les plus faibles sont observés dans les provinces d'Antananarivo (27 %) et de Mahajanga (28 %) et Toamasina (29 %). Par niveau d'instruction de la mère, on constate que les enfants nés de mère sans instruction sont proportionnellement moins nombreux à avoir été conduits en consultation : 25 % contre 36 % pour ceux dont la mère a un niveau d'instruction primaire ou est alphabétisée et 33 % pour ceux dont la mère a un niveau d'instruction secondaire ou plus.

Alors que 61 % des femmes qui ont eu une naissance dans les cinq ans ayant précédé l'enquête ont déclaré connaître le SRO, on constate qu'une proportion élevée (19 %) d'enfants qui ont souffert de diarrhée au cours des deux semaines précédant l'enquête n'ont bénéficié d'aucun type de réhydratation ou d'autre traitement. Seulement 12 % ont reçu des sachets de SRO, 32 % des enfants ont reçu une solution d'eau, de sel et de sucre préparée à la maison et, globalement, un enfant sur quatre (43 %) a reçu l'une

et/ou l'autre forme de TRO. Ces résultats démontrent que de nombreuses femmes ne mettent pas en pratique leur connaissance de la TRO, ce qui est dû probablement à des raisons d'accessibilité des centres de santé et de disponibilité des traitements. Ce sont plus particulièrement les enfants âgés de 24-35 mois (48 %), ceux résidant en milieu urbain (45 %) et, enfin, ceux dont la mère a un niveau secondaire ou plus (59 %) qui ont reçu le plus fréquemment une TRO au cours de la diarrhée. Dans la province de Toamasina, seulement 20 % des enfants ont bénéficié d'un traitement par réhydratation orale.

Par ailleurs, près de trois enfants malades sur dix (35 %) ont reçu davantage de liquides pendant les épisodes diarrhéiques et 58 % ont reçu des sachets de SRO, une solution maison ou davantage de liquides.

Tableau 8.21 Traitement de la diarrhée

Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans ayant eu la diarrhée au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête pour lesquels la mère s'est rendue dans un établissement sanitaire ou a consulté du personnel de santé, pourcentage qui ont suivi une Thérapie de Réhydratation Orale (TRO), et pourcentage qui ont reçu d'autres traitements, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDSMD-III Madagascar 2003-2004

Caractéristique	Pourcentage conduit dans un établissement sanitaire	Thérapie de Réhydratation Orale (TRO)					Autres traitements				Aucun	Effectif d'enfants
		Sachets de SRO	Solution maison	SRO ou solution maison	Ayant reçu davantage de liquides	SRO, solution maison, ou davantage de liquides	Comprimés ou sirop	Injection	Intraveineuse	Remède maison/ autre		
Âge des enfants en mois												
<6	(39,2)	(15,1)	(17,1)	(32,1)	(21,7)	(42,4)	(35,6)	(3,2)	(0,0)	(4,7)	(31,5)	38
6-11	29,7	11,5	35,5	43,5	23,7	58,7	40,3	1,4	0,0	21,8	16,1	114
12-23	32,1	12,4	29,3	41,1	41,3	58,9	38,0	2,8	0,7	17,6	17,8	221
24-35	42,9	7,9	40,6	47,9	31,1	60,2	37,3	3,4	4,3	10,7	20,7	101
36-47	19,2	10,0	21,8	31,4	36,9	52,5	41,0	4,5	0,0	16,2	19,1	60
48-59	(21,4)	(28,1)	(47,8)	(64,2)	(52,2)	(70,5)	(33,5)	(0,0)	(0,0)	(16,9)	(9,4)	36
Sexe												
Masculin	27,0	15,7	30,4	43,3	36,1	60,5	35,6	1,1	1,9	17,2	16,2	301
Féminin	37,5	8,6	34,0	42,0	33,6	55,4	41,1	4,4	0,0	15,0	21,1	269
Milieu de résidence												
Capitale	(46,8)	(28,3)	(19,5)	(42,1)	(68,0)	(74,2)	(41,9)	(2,4)	(1,2)	(10,1)	(16,8)	11
Autres villes	40,4	21,9	27,8	45,6	48,3	68,7	43,7	1,9	0,0	11,5	16,6	84
Ensemble urbain	41,2	22,6	26,8	45,2	50,5	69,3	43,5	2,0	0,1	11,3	16,7	95
Rural	30,1	10,3	33,2	42,1	31,8	55,8	37,1	2,8	1,2	17,2	18,9	475
Province												
Antananarivo	26,5	18,7	34,7	48,7	52,2	68,9	27,1	0,3	0,1	10,7	16,6	102
Fianarantsoa	41,1	15,0	34,6	47,1	32,2	56,6	59,3	0,0	5,2	19,2	4,2	83
Toamasina	29,3	10,3	10,2	20,4	39,0	49,6	37,6	6,7	0,0	6,7	33,6	100
Mahajanga	28,2	9,2	22,1	31,3	18,7	46,0	24,5	4,6	0,0	29,4	17,3	88
Toliara	34,5	10,1	53,2	61,1	31,7	66,7	45,0	1,7	0,8	15,8	14,9	164
Antsiranana	(31,9)	(12,3)	(6,3)	(18,5)	(35,1)	(43,4)	(24,0)	(4,5)	(0,0)	(21,2)	(36,0)	33
Niveau d'instruction												
Aucun	24,6	4,0	31,3	35,2	19,6	42,8	32,7	0,4	2,3	23,5	28,8	188
Primaire/ Alphabét.	36,3	14,3	30,4	42,9	38,1	61,1	41,4	4,7	0,5	14,8	14,2	300
Secondaire ou plus	33,2	24,8	40,3	58,8	58,6	82,2	39,0	0,6	0,0	4,4	10,5	81
Niveau de bien-être												
Le plus pauvre	30,8	6,2	38,0	44,2	25,1	54,3	41,4	1,4	0,6	24,0	15,2	228
Second	29,4	13,7	33,1	43,6	25,0	49,4	27,7	1,0	4,2	17,2	27,2	104
Moyen	29,4	8,0	27,5	35,3	45,0	62,5	36,0	1,3	0,0	11,3	18,7	98
Quatrième	37,3	27,8	17,8	40,1	47,0	61,1	44,2	12,6	0,0	6,6	17,8	76
Le plus riche	38,0	20,5	33,5	49,8	56,3	75,5	40,0	0,4	0,2	5,6	16,9	64
Ensemble	32,0	12,4	32,1	42,7	34,9	58,1	38,2	2,7	1,0	16,2	18,5	570

( ) Basé sur un faible nombre de cas non pondérés.

En outre, pendant les épisodes de diarrhée, certains enfants ont reçu divers types de traitement, donnés seuls ou en plus de la réhydratation orale. Les traitements administrés sont principalement des comprimés/sirop (38 %) et des remèdes traditionnels (16 %). Par contre, comme nous l'avons déjà mentionné plus haut, près d'un enfant sur cinq (19 %) n'a reçu aucun traitement.

Alimentation pendant la diarrhée

Au cours des épisodes diarrhéiques, il est recommandé de donner plus de liquides et d'aliments à l'enfant. Au tableau 8.22, on constate que 35 % des enfants ayant eu la diarrhée ont reçu plus de liquides que d'habitude lorsqu'ils étaient malades, 22 % ont reçu la même quantité et en revanche, 43 % en ont reçu moins ou beaucoup moins, et dans 6 % des cas, la nourriture a même été stoppée. En ce qui concerne les aliments, on constate que dans 9 % des cas, les rations alimentaires ont été augmentées, dans 29 %, elles n'ont pas changé et pour 54 % des enfants, elles ont été diminuées, et dans 7 % des cas, l'alimentation a même été très réduite, voire complètement stoppée (5 %). Ces résultats indiquent qu'une forte proportion de femmes ne respectent pas les principes de base en matière de nutrition des enfants durant les épisodes diarrhéiques et qu'elles leur font donc courir des risques accrus de maladie.

Tableau 8.22 Alimentation pendant la diarrhée

Alimentation des enfants de moins de cinq ans qui ont eu la diarrhée au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête selon la quantité de liquides et d'aliments donnés par rapport à ce qui est donné d'habitude, EDSMD-III Madagascar 2003-2004

Alimentation des enfants pendant la diarrhée	Pourcentage
Quantité de liquide donnée	
Comme d'habitude	21,8
Plus que d'habitude	34,9
Un peu moins	14,7
Beaucoup moins	22,1
Rien	5,7
NSP/ND	0,8
Total	100,0
Quantité de nourriture donnée	
Comme d'habitude	29,4
Plus que d'habitude	9,1
Un peu moins	41,7
Beaucoup moins	7,1
Rien	4,8
Ne mange pas encore	6,9
NSP/ND	1,1
Total	100,0
Effectif d'enfants	570

8.5 PROBLÈMES PERÇUS POUR L'ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ DES FEMMES

L'accès de la population aux soins de santé est l'une des priorités des autorités sanitaires pour arriver à changer favorablement la situation sanitaire dans le pays. Ainsi, au cours de l'enquête, on a cherché à connaître les types de problèmes auxquels sont confrontées les femmes quand elles ont besoins de soins de santé.

Les résultats sont présentés au tableau 8.23. On constate que dans 46 % des cas, les femmes ont déclaré que le manque d'argent nécessaire pour le traitement est le principal obstacle. L'importance de ce problème augmente sensiblement avec la parité. De plus, les femmes en rupture d'union (56 %) ont déclaré plus fréquemment que celles en union et les célibataires (44 %) avoir rencontré ce problème. Il affecte également davantage les femmes du milieu rural (48 %) que celles du milieu urbain (39 %). De même, les femmes sans instruction (61 %) ont été plus souvent confrontées à ce problème que celles de niveau secondaire ou plus (31 %). Les femmes des provinces d'Antananarivo (32 %) et d'Antsiranana (35 %) se sont moins fréquemment heurtées à ce problème que celles des autres provinces.

Les femmes ont également cité dans 41 % des cas la distance à parcourir pour atteindre le service de santé et dans 35 % des cas, l'obligation de prendre un moyen de transport pour s'y rendre. Ces problèmes sont beaucoup plus fréquents dans le milieu rural que dans le milieu urbain et ils sont d'autant plus fréquents que le niveau d'instruction est faible ou que la femme vit dans un ménage pauvre. Ceci confirme le fait que les femmes sans instruction et du milieu rural sont aussi celles qui vivent dans les endroits les plus isolés, donc les moins bien équipés en biens et services. C'est dans la province de

Mahajanga que les problèmes de distance et de moyens de transport ont été le plus fréquemment rapportés (61 % et 52 %).

Globalement, près de six femmes sur dix (59 %) ont déclaré avoir, au moins, un des problèmes évoqués, ce sont les femmes du milieu rural (63 %), celles des provinces de Mahajanga (76 %) et de Toamasina (70 %), celles sans instruction (77 %) et celles exerçant un travail non payé (68 %) qui ont le plus fréquemment rencontré des problèmes pour accéder aux soins de santé.

Tableau 8.23 Problèmes d'accès aux soins de santé

Pourcentage de femmes qui ont déclaré qu'elles avaient des problèmes pour accéder aux soins de santé quand elles sont malades par type de problème et selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDSMD-III Madagascar 2003-2004

	Problèmes liés à l'accès aux soins								
Caractéristique	Savoir où aller pour le traitement	Avoir la permission d'aller pour traitement	Avoir de l'argent pour traitement	Distance au service de santé	Avoir à prendre un moyen de transport	Ne pas vouloir aller seule	Soucis de ne pas avoir une femme pour fournir les services	N'importe lequel des problèmes spécifiés	Effectif des femmes
Age									
15-19	25,5	23,4	46,4	40,7	37,3	26,8	17,8	60,8	1 528
20-29	15,3	12,9	45,3	40,4	33,7	20,5	7,7	59,1	2 738
30-39	17,6	14,5	44,9	40,2	34,5	20,4	7,0	57,9	2 095
40-49	18,5	15,0	47,2	42,6	36,3	20,8	9,5	60,7	1 587
Nombre d'enfants vivants									
0	21,1	18,4	40,6	36,1	31,1	22,8	15,1	54,5	1 940
1-2	16,1	14,1	47,0	39,8	35,1	21,0	7,9	59,3	2 593
3-4	18,3	15,4	47,2	43,3	36,7	20,7	7,2	61,2	1 874
5 ou +	19,4	15,7	48,7	45,6	38,2	22,9	9,5	63,6	1 542
État matrimonial									
Célibataire	21,1	19,7	44,5	35,5	30,8	22,7	15,2	55,8	1 693
En union	17,2	14,2	44,1	42,2	35,9	21,2	8,3	59,6	5 140
En rupture d'union	20,2	17,0	55,5	42,7	38,0	22,8	8,7	64,0	1 115
Milieu de résidence									
Capitale	15,9	14,1	28,7	20,7	17,8	10,6	3,0	33,4	466
Autres villes	15,3	12,5	42,4	31,4	28,2	17,3	8,4	54,2	1 509
Ensemble urbain	15,4	12,9	39,2	28,9	25,7	15,8	7,1	49,3	1 975
Rural	19,5	16,7	48,0	44,8	38,2	23,7	10,7	62,8	5 974
Province									
Antananarivo	10,7	9,5	32,2	27,5	22,1	15,7	7,4	44,2	2 671
Fianarantsoa	24,6	22,0	55,3	42,1	41,1	24,0	17,3	66,7	1 599
Toamasina	26,1	21,9	58,6	48,3	41,3	28,6	7,4	70,1	1 196
Mahajanga	30,9	27,7	61,1	60,7	51,9	27,0	12,9	75,6	987
Toliara	15,9	10,4	42,2	47,1	39,5	25,5	6,7	63,6	957
Antsiranana	3,6	2,8	34,9	39,2	29,8	13,4	4,9	52,6	539
Niveau d'instruction									
Aucun	25,8	21,4	60,6	57,0	50,2	32,1	14,8	77,4	1 741
Primaire/ Alphabét.	18,2	14,9	48,4	43,1	37,2	22,8	10,8	62,7	3 757
Secondaire ou plus	13,8	13,1	31,3	26,0	21,2	12,8	4,7	41,6	2 451
Emploi									
Sans emploi	14,1	13,2	38,5	28,9	25,6	17,3	8,7	48,4	1 581
Travail payé	18,4	15,3	45,1	40,7	34,9	20,7	7,5	58,6	3 914
Travail non payé	21,4	18,2	51,6	48,7	41,5	26,2	14,3	67,8	2 449
Niveau de bien-être									
Le plus pauvre	24,3	21,0	56,1	57,9	52,0	28,3	10,8	74,7	1 700
Second	26,3	21,2	56,3	52,4	42,5	28,8	14,1	73,3	1 206
Moyen	19,4	16,0	51,5	47,2	40,8	29,8	14,7	66,1	1 466
Quatrième	15,3	13,5	44,1	33,1	27,4	16,8	8,5	55,3	1 531
Le plus riche	10,8	9,9	28,3	21,2	18,3	10,1	3,9	36,8	2 046
Ensemble[1]	18,5	15,8	45,8	40,9	35,1	21,7	9,8	59,4	7 949

[1] Y compris 1 cas pour lequel l'état matrimonial n'est pas déterminé et 5 cas pour lesquels l'emploi n'est pas déterminé.

ALLAITEMENT ET ÉTAT NUTRITIONNEL 9

Berthine RAZAFIARISOA, Angèle RANDRIANAIVO, Simon RAKOTONIRINA, et Soumaïla MARIKO

À Madagascar, la malnutrition qui touche une grande partie de la population demeure un problème important, à la fois sur le plan social et sur celui de la santé. Elle est la manifestation d'un ensemble de déterminants multisectoriels qui interviennent à différents niveaux de la société (Haggerty et al., 1999). Dans ses formes les plus graves, elle pose un grave problème de santé publique car elle contribue à augmenter les risques de décéder. Au nombre des carences responsables de la malnutrition, on peut citer les Troubles dus à la Carence en Iode (TDCI)[1], la carence en vitamine A et l'anémie ferriprive, qui sont également considérés comme des problèmes graves de santé publique.

Ce chapitre est consacré à l'analyse des données collectées sur les pratiques alimentaires des enfants, En outre, ce chapitre porte sur l'évaluation des carences en micronutriments des enfants, des femmes et des hommes ainsi que sur l'évaluation de l'état nutritionnel des enfants et des femmes. Il comprend 3 parties : la première partie concerne les pratiques de l'allaitement maternel et de l'alimentation de complément. La deuxième partie traite des carences en micronutriments. La troisième partie porte sur l'état nutritionnel des enfants de moins de trois ans et des femmes.

9.1 ALLAITEMENT ET ALIMENTATION DE COMPLÉMENT

Les pratiques d'alimentation constituent les facteurs déterminants de l'état nutritionnel des enfants qui affecte, à son tour, la morbidité et la mortalité de ces enfants. Parmi ces pratiques, celles concernant l'allaitement revêtent une importance particulière. En effet, de par ses propriétés particulières (il est stérile et il transmet les anticorps de la mère et tous les éléments nutritifs nécessaires aux enfants dans les premiers mois d'existence), le lait maternel évite les carences nutritionnelles et limite la prévalence de la diarrhée (Huffman et Combest, 1990) et d'autres maladies. D'autre part, par son intensité et sa fréquence, l'allaitement prolonge l'infécondité post-partum et affecte, par conséquent, l'intervalle intergénésique, ce qui influe sur le niveau de la fécondité et, donc, sur l'état de santé des enfants et de leur mère.

Les pratiques alimentaires optimales du jeune enfant, recommandées par l'OMS et l'UNICEF (OMS/UNICEF, 1990), ont été définies comme suit :

- début de l'allaitement au sein dans l'heure qui suit la naissance,
- allaitement au sein fréquent et à la demande (y compris allaitement de nuit),
- allaitement au sein exclusif jusqu'à 6 mois,
- introduction d'aliments de complément adéquat à partir de 6 mois,
- augmentation de l'allaitement au cours des maladies et des périodes de convalescence,
- poursuite de l'allaitement au cours de la seconde année et au-delà.

[1] A Madagascar, une stratégie d'iodation universelle du sel a été lancée en 1995 selon le décret n°95-587 portant adoption de la politique nationale de lutte contre les TDCI et sa réglementation.

Compte tenu de l'importance des pratiques d'allaitement, on a demandé aux mères si elles avaient allaité leurs enfants nés dans les cinq années ayant précédé l'enquête et, plus précisément, quel âge avaient ces enfants au moment où elles avaient commencé à allaiter. De plus, on leur a demandé pendant combien de temps elles les avaient allaités, quelle était la fréquence de l'allaitement, à quel âge avaient été introduits des aliments de complément et de quel type d'aliments il s'agissait et enfin à quelle fréquence les différents types d'aliments étaient donnés à l'enfant. On a également demandé aux mères si elles avaient utilisé un biberon.

Début de l'allaitement

Afin d'évaluer la fréquence de la pratique de l'allaitement maternel à Madagascar, on a demandé aux mères, au cours de l'enquête, si l'enfant était allaité et, dans l'affirmative, combien de temps après la naissance, l'enfant avait commencé à être allaité ; quels ont été les autres aliments reçus avant le début de l'allaitement, la durée de l'allaitement et la cause de son arrêt éventuel ainsi que la fréquence quotidienne des allaitements. Les résultats sont présentés selon certaines caractéristiques socio-démographiques au tableau 9.1.

L'allaitement maternel est une pratique très répandue à Madagascar puisque 98 % des enfants nés au cours des cinq années ayant précédé l'enquête ont été allaités ; de plus, quelles que soient les caractéristiques socio-démographiques, les proportions sont élevées et on n'observe pas de variation. Parmi les enfants allaités, on constate que la proportion de ceux dont l'allaitement a débuté dans l'heure qui a suivi l'accouchement est plus faible que la proportion de ceux qui ont été allaités dans les 24 heures qui ont suivi leur naissance (62 % contre 88 %) et que par conséquent, près de deux enfants sur cinq (38 %) ne reçoivent pas le lait maternel immédiatement après leur naissance. En outre, on constate que près de deux enfants sur cinq (39 %) sont alimentés avant d'être allaités. Cette pratique semble être particulièrement fréquente dans la province de Toliara (71 %). Ces comportements peuvent se révéler néfaste pour l'enfant et mettre en danger sa survie. En effet, les premiers allaitements dans l'heure qui suit la naissance favorisent la montée laiteuse et font bénéficier l'enfant du colostrum qui est riche en protéines et en anticorps, essentiels pour résister à de nombreuses maladies. Ce premier lait ou colostrum contient tous les éléments indispensables à la croissance et à l'immunité de l'enfant (Akhe, 1992). Par ailleurs, quand l'enfant n'est pas allaité dans les vingt-quatre heures qui suivent la naissance, il reçoit à la place du lait maternel d'autres liquides pouvant le mettre en contact avec des agents pathogènes, ce qui augmente le risque de contracter des maladies infectieuses. Ces résultats montrent que des efforts restent à faire à Madagascar pour renforcer la sensibilisation et l'information des mères sur l'importance et les bienfaits de l'allaitement maternel dès les premières heures de la vie de l'enfant.

Bien que l'allaitement soit largement pratiqué par toutes les catégories de femmes, la mise au sein précoce varie selon les caractéristiques socio-démographiques. Les résultats montrent que la pratique d'allaiter les enfants dans l'heure qui suit la naissance est très peu suivie par les femmes du milieu rural (60 % contre 72 % en urbain), par celles des provinces de Mahajanga (40 %), de Toliara (51 %) et d'Antsiranana (50 %), par celles qui n'ont pas d'instruction (55 % contre 76 % parmi les plus instruites), par celles dont l'accouchement n'a pas été assisté par un professionnel de la santé (54 % pour l'accoucheuse traditionnelle contre 73 % quand un professionnel de la santé a assisté l'accouchement) et, enfin, par celles qui vivent dans les ménages des trois premiers quintiles (environ 59 % contre 77 % pour le plus riche).

Tableau 9.1 Allaitement initial

Pourcentage d'enfants nés au cours des cinq dernières années ayant précédé l'enquête qui ont été allaités, pourcentage de ceux qui ont commencé à être allaités dans l'heure qui a suivi la naissance et pourcentage de ceux qui ont commencé à être allaités le jour de la naissance, et pourcentage de ceux ayant reçu des aliments, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDSMD-III Madagascar 2003-2004

Caractéristique	Pourcentage ayant été allaité	Effectif d'enfants	Début de l'allaitement: Dans l'heure qui a suivi la naissance	Début de l'allaitement: Dans le jour qui a suivi la naissance[1]	Pourcentage alimenté avant le début de l'allaitement	Effectif d'enfants allaités
Sexe de l'enfant						
Masculin	98,1	3 074	61,2	88,1	38,1	3 017
Féminin	98,5	3 210	63,5	88,7	38,9	3 163
Milieu de résidence						
Capitale	98,3	204	79,8	94,3	28,3	201
Autres villes	98,9	949	70,5	89,9	30,7	938
Ensemble urbain	98,8	1 153	72,2	90,6	30,3	1 139
Rural	98,2	5 131	60,2	87,9	40,4	5 041
Province						
Antananarivo	98,0	1 698	69,8	90,6	32,0	1 665
Fianarantsoa	98,4	1 389	81,8	97,5	6,6	1 366
Toamasina	98,7	969	59,0	90,7	38,0	957
Mahajanga	98,1	926	39,8	77,5	63,3	908
Toliara	98,4	869	50,8	78,5	70,9	855
Antsiranana	99,0	433	50,1	89,1	50,0	428
Niveau d'instruction de la mère						
Aucun	98,1	1 667	55,0	84,3	46,3	1 636
Primaire/Alphabét.	98,8	3 288	60,9	88,6	39,1	3 248
Secondaire ou plus	97,5	1 328	75,5	93,3	27,4	1 295
Assistance à l'accouchement						
Professionnel de santé	98,4	2 847	72,8	92,2	31,4	2 802
Accoucheuse traditionnelle	98,6	2 716	54,1	86,6	43,5	2 678
Autre	96,4	608	55,6	87,0	53,7	587
Personne	100,0	55	67,6	92,3	41,3	55
ND	100,0	57	1,5	1,5	1,2	57
Lieu d'accouchement						
Centre de santé	98,6	2 001	74,9	92,5	27,6	1 974
À domicile	98,2	4 173	57,3	87,8	44,2	4 099
Autre	(95,0)	47	(55,3)	(82,2)	(41,5)	45
ND	100,0	63	5,3	6,2	8,8	63
Niveau de bien-être						
Le plus pauvre	98,6	1 781	58,0	87,5	44,6	1 756
Second	98,5	1 212	59,6	87,5	39,5	1 194
Moyen	97,8	1 315	58,7	85,1	38,1	1 286
Quatrième	98,7	1 052	64,6	90,6	37,5	1 039
Le plus riche	97,9	923	77,2	93,9	27,2	904
Ensemble	98,3	6 283	62,4	88,4	38,6	6 179

Note : Le tableau est basé sur tous les enfants, nés dans les 5 années ayant précédé l'enquête, qu'ils soient vivants ou décédés au moment de l'enquête.
[1] Y compris les enfants allaités dans l'heure qui a suivi la naissance.
( ) Basé sur un faible nombre de cas non pondérés.

Introduction de l'alimentation de complément

Selon les recommandations de l'UNICEF, de l'OMS et de la Politique Nationale de Nutrition, tous les enfants devraient être exclusivement nourris au sein jusqu'à six mois. L'introduction trop précoce d'aliments de complément n'est pas recommandée car elle expose les enfants aux agents pathogènes et augmente ainsi leur risque de contracter des maladies infectieuses (Cohen et al., 1994). De plus, en diminuant la prise de lait par l'enfant et donc la succion, elle réduit la production lactée.

À partir de six mois, le lait maternel n'arrive plus à couvrir à lui seul les besoins en énergie et en protéines des enfants. L'introduction d'aliments de complément adéquats, préparés selon des conditions d'hygiène correctes à partir d'aliments disponibles localement est indispensable au cours de cette période même s'il est recommandé de poursuivre l'allaitement fréquent et à la demande.

Le tableau 9.2 et le graphique 9.1 présentent la proportion d'enfants de moins de 3 ans qui vivent avec leurs mères selon le type d'allaitement en fonction de leur âge (en mois) ainsi que le pourcentage des enfants de moins de trois ans utilisant le biberon. Le statut de l'allaitement fait référence à la période de 24 heures.

La grande majorité des enfants sont allaités au sein ; cependant la pratique de l'allaitement exclusif est peu répandue puisque globalement, seulement 15 % des enfants sont nourris de cette façon et que parmi les moins de 6 mois, seulement 67 % ne reçoivent exclusivement que le lait maternel. Bien qu'insuffisant, ce résultat est en nette amélioration par rapport à 1997 où le taux d'allaitement exclusif à cet âge était de 48 %. Les efforts doivent néanmoins se poursuivre. Par ailleurs, on constate que seulement 2 % des enfants sont nourris au biberon.

Tableau 9.2 Type d'allaitement selon l'âge de l'enfant

Répartition (en %) des plus jeunes enfants de moins de trois ans vivant avec leur mère par type d'allaitement, et pourcentage d'enfants de moins de trois ans utilisant le biberon, selon l'âge de l'enfant en mois, EDSMD-III Madagascar 2003-2004

	Situation face à l'allaitement									
Âge en mois	Pas allaité pas au sein	Exclusi-vement allaité au sein	Eau seule-ment	Liquides à base d'eau, jus	Autre lait	Aliments de complé-ment	Total	Effectif de derniers-nés	Pourcen-tage utilisant le biberon	Effectif d'enfants
<2	0,0	89,6	5,1	2,6	0,8	1,9	100,0	191	1,5	191
2-3	1,8	65,6	16,2	9,6	2,4	4,3	100,0	206	1,9	206
4-5	0,9	48,8	9,6	8,5	2,2	30,0	100,0	214	3,5	217
6-7	0,6	12,9	5,4	9,5	1,1	70,5	100,0	249	2,2	252
8-9	2,1	4,9	2,5	2,8	0,3	87,3	100,0	193	3,0	193
10-11	0,3	0,0	0,1	0,0	0,1	99,6	100,0	162	3,0	163
12-15	9,1	0,4	1,1	0,4	0,0	88,9	100,0	413	2,1	420
16-19	18,0	0,0	0,0	0,0	0,0	82,0	100,0	461	2,7	498
20-23	35,9	0,0	0,0	0,0	0,0	64,1	100,0	316	2,0	368
24-27	65,1	0,0	0,0	0,0	0,0	34,9	100,0	298	1,0	388
28-31	74,0	0,0	0,0	0,0	0,0	26,0	100,0	226	1,9	319
32-35	77,7	0,0	0,0	0,0	0,0	22,3	100,0	164	1,4	300
<6	0,9	67,2	10,4	7,0	1,8	12,6	100,0	611	2,3	615
6-9	1,2	9,4	4,2	6,6	0,8	77,8	100,0	442	2,6	445
Ensemble	23,7	14,7	2,8	2,4	0,5	55,9	100,0	3 093	2,1	3 516

Note : La situation décrite fait référence à l'allaitement au cours des dernières 24 heures.

Graphique 9.1 Pratique d'allaitement des enfants de moins de 3 ans



Durée et fréquence de l'allaitement

Le tableau 9.3 présente les durées médianes de l'allaitement, de l'allaitement exclusif et de l'allaitement prédominant (allaitement ou avec eau) des enfants derniers-nés au cours des trois dernières années précédant l'enquête, cela pour éviter les problèmes de saisonnalité et les erreurs possibles des périodes de référence.

À Madagascar, la durée médiane de l'allaitement s'établit à 21,6 mois et sa durée moyenne à 21,9 mois. En outre, cette durée médiane varie selon les caractéristiques socio-démographiques, d'un minimum de 17,5 mois dans la province d'Antsiranana à un maximum de 23,5 mois dans le second quintile et 23,2 mois dans la province d'Antananarivo. En ce qui concerne l'allaitement exclusif, on constate que sa durée médiane est estimée à 3,5 mois et c'est dans la province de Fianarantsoa qu'elle est la plus longue (5,1 mois). Par contre, dans la province de Mahajanga, elle n'est que de 0,9 mois. Quant à l'allaitement au sein prédominant (allaitement avec eau), sa durée médiane est estimée à 5,0 mois, et elle varie d'un minimum de 3,5 mois à Toliara à un maximum de 6,7 mois à Antsiranana.

Comparativement aux pays d'Afrique subsaharienne pour lesquels les durées moyennes d'allaitement ont été calculées selon le même procédé (voir tableau ci-dessous), on peut constater que la durée moyenne d'allaitement à Madagascar ne se différencie pas particulièrement des durées observées dans les autres pays africains.

Pays	Date de l'enquête	Durée moyenne d'allaitement (en mois)
Cameroun	1998	18,2
Côte d'Ivoire	1998-1999	20,2
Tanzanie	1999	20,4
Madagascar	2003-2004	21,6
Guinée	1999	22,2
Ouganda	2000-2001	22,6
Mali	2001	23,1
Togo	1998	24,3
Burkina Faso	2003	24,5
Éthiopie	2000	24,9

Le tableau 9.3 présente aussi des informations sur la fréquence de l'allaitement au sein : le pourcentage d'enfants allaités six fois ou plus au cours des 24 heures ayant précédé l'enquête, le nombre moyen d'allaitement par jour et le nombre moyen d'allaitement la nuit. La quasi-totalité des enfants ont été allaités six fois ou plus au cours des 24 heures ayant précédé l'enquête (99 %). Le nombre moyen d'allaitement de jour est de 8,9 et de nuit, il est de 4,8.

Tableau 9.3 Durée médiane et fréquence de l'allaitement

Durée médiane de l'allaitement, de l'allaitement exclusif et de l'allaitement prédominant (allaitement ou avec de l'eau) des enfants derniers-nés au cours des trois dernières années précédant l'enquête et vivant avec leur mère, et pourcentage d'enfants de moins de six mois vivant avec leur mère, qui ont été allaités six fois ou plus au cours des vingt-quatre heures ayant précédé l'enquête et nombre moyen d'allaitement de jour ou de nuit, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDSMD-III Madagascar 2003-2004

	Durée médiane d'allaitement au sein (en mois)				Enfants de moins de 6 mois allaités au sein			
Caractéristique	Allaitement au sein	Allaitement exclusif au sein	Allaitement au sein prédominant	Effectif d'enfants	Pourcentage allaité 6+ fois dans les dernières 24 heures	Nombre moyen d'allaitements le jour	Nombre moyen d'allaitements la nuit	Effectif d'enfants
Sexe								
Masculin	21,9	3,5	5,1	1 842	98,9	8,9	4,8	307
Féminin	21,3	3,5	4,8	1 919	99,1	9,0	4,8	302
Milieu de résidence								
Capitale	22,5	4,1	4,8	119	93,8	8,3	4,7	19
Autres villes	21,1	3,9	5,2	560	99,5	9,7	5,0	82
Ensemble urbain	21,4	3,9	5,1	678	98,4	9,4	4,9	102
Rural	21,6	3,4	4,9	3 084	99,2	8,8	4,8	506
Province								
Antananarivo	23,2	3,9	4,8	1 035	99,0	8,0	4,5	166
Fianarantsoa	20,9	5,1	5,4	829	97,3	8,4	5,4	157
Toamasina	21,5	3,2	5,4	554	100,0	9,1	5,2	100
Mahajanga	21,4	0,9	4,8	555	(100,0)	(9,2)	(3,9)	78
Toliara	20,8	1,3	3,5	541	100,0	11,4	4,7	69
Antsiranana	17,5	5,1	6,7	247	100,0	9,6	4,2	39
Niveau d'instruction de la mère								
Aucun	21,3	2,8	4,5	1 022	100,0	9,5	4,9	173
Primaire/Alphabét.	21,6	3,8	5,3	1 955	98,5	8,8	4,7	340
Secondaire ou plus	21,9	3,8	4,7	785	99,1	8,4	4,8	95
Niveau de bien-être								
Le plus pauvre	21,1	3,1	4,6	1 080	97,2	9,8	5,0	153
Second	23,5	2,9	4,5	701	100,0	8,5	5,0	125
Moyen	21,4	4,0	5,5	770	100,0	9,1	4,6	127
Quatrième	21,2	3,3	4,9	657	99,8	8,0	4,6	119
Le plus riche	21,7	4,7	5,2	554	98,4	9,1	4,5	85
Ensemble	21,6	3,5	5,0	3 762	99,0	8,9	4,8	608
Moyenne pour tous les enfants	21,9	4,6	5,9	na	na	na	na	na

Note : Les médianes et les moyennes sont basées sur le statut d'allaitement au moment de l'enquête.
na = Non applicable
( ) Basé sur un faible nombre de cas non pondérés.

Type d'aliments de complément

L'OMS et la Politique Nationale de Nutrition recommandent l'introduction d'aliments solides dans l'alimentation des enfants à l'âge de 6 mois, car à partir de cet âge, le lait maternel seul n'est plus suffisant pour assurer la croissance optimale de l'enfant.

Le tableau 9.4 présente les pourcentages d'enfants derniers-nés de moins de trois ans qui ont reçu des aliments particuliers le jour ou la nuit ayant précédé l'enquête. Les résultats concernent les enfants qui vivent avec leur mère et ils sont présentés pour les enfants allaités et non allaités. On constate tout d'abord que l'introduction de liquides, autres que le lait maternel et d'aliments solides ou semi solides a lieu très tôt bien avant 6 mois. En effet, à 2-3 mois, 13 % des enfants ont reçu d'autres liquides et 7 % des aliments solides ou semi solides ; à 4-5 mois, ces proportions sont respectivement de 22 % et 34 %. Par contre, à 6-7 mois, âges auxquels le lait maternel ne suffit plus, seulement un peu plus des trois quarts des

Tableau 9.4 Aliments reçus par les enfants le jour ou la nuit ayant précédé l'enquête

Pourcentage d'enfants derniers-nés de moins de trois ans vivant avec leur mère, qui ont reçu des aliments particuliers le jour ou la nuit ayant précédé l'enquête, selon qu'ils sont allaités ou non et par âge en mois, EDSMD-III Madagascar 2003-2004

Âge en mois	Aliments pour bébé	Autre lait/ fromage/ yaourt	Autres liquides	Nourriture à base de céréales	Fruits/ légumes	Nourriture à base de tubercules	Nourriture à base de légumes	Viande/ volaille/ poisson/ coquil./ oeufs	Nourriture à base d'huile, graisse ou beurre	Fruits et légumes riches en vitamine A	Nourriture solide ou semi-solide quel conque	Effectif d'enfants
ENFANTS ALLAITÉS												
<2	0,1	1,2	3,1	0,0	1,3	0,0	0,0	0,5	0,0	1,3	2,8	191
2-3	0,2	3,7	12,9	2,3	2,8	3,4	0,0	0,9	0,2	2,8	7,3	203
4-5	0,3	5,0	21,9	29,6	11,0	1,2	1,6	3,4	1,5	7,8	34,2	212
6-7	3,2	7,7	49,6	67,7	34,7	10,5	4,6	13,0	11,3	27,6	75,9	248
8-9	5,9	19,8	48,9	81,1	57,2	16,3	8,4	26,4	26,1	54,6	93,9	189
10-11	1,9	20,0	58,1	93,1	81,1	30,9	13,4	33,1	34,4	69,8	99,9	161
12-15	6,6	14,5	52,2	90,0	84,4	35,8	14,1	27,9	33,8	79,4	98,5	375
16-19	2,9	14,9	48,8	91,2	89,0	37,2	17,1	36,5	37,4	82,8	100,0	378
20-23	10,0	22,8	52,7	95,2	88,8	38,1	21,0	20,7	32,3	81,7	100,0	203
24-27	0,4	22,8	49,2	96,0	90,5	36,8	31,4	29,7	47,7	83,0	100,0	104
28-31	1,8	23,5	48,6	93,5	87,5	30,9	14,3	36,0	23,9	81,4	100,0	59
32-35	(0,0)	(16,9)	(58,7)	(100,0)	(89,8)	(46,9)	(15,7)	(29,6)	(29,8)	(86,7)	(100,0)	36
<6	0,2	3,4	13,0	11,1	5,2	1,6	0,6	1,7	0,6	4,1	15,3	605
6-9	4,4	13,0	49,3	73,5	44,5	13,0	6,2	18,8	17,7	39,2	83,7	437
Ensemble	3,4	13,2	41,4	68,1	58,0	23,0	11,0	20,9	23,1	53,0	75,0	2 359
ENFANTS NON ALLAITÉS												
16-19	1,8	20,2	43,1	93,0	84,0	24,3	18,9	46,3	44,9	82,1	100,0	83
20-23	2,1	16,8	45,0	99,3	91,5	21,0	21,0	42,6	38,7	84,1	100,0	114
24-27	3,4	23,5	37,2	93,4	89,7	36,0	14,9	38,7	46,4	77,9	99,9	194
28-31	3,7	16,0	45,2	93,3	89,5	30,9	19,0	40,4	38,8	82,9	100,0	168
32-35	5,6	26,6	48,5	93,6	90,7	26,5	24,7	39,9	56,7	83,4	100,0	127
Ensemble	3,8	21,2	44,2	93,3	89,4	29,6	19,8	41,4	44,6	81,9	99,7	734

Note : Les aliments riches en vitamine A comprennent : potiron, igname ou courge rouge ou jaune, carottes, patate douce, légumes à feuilles vertes, mangue, papaye, viande, volaille, poisson, œuf. La somme des pourcentages par type d'aliments reçus par enfant peut dépasser 100 % car un enfant peut recevoir plusieurs types d'aliments. Les données ne sont pas présentées pour les groupes d'âges de trop faible effectif.
( ) Basé sur un faible nombre de cas non pondérés.

enfants (76 %) consomment des aliments solides ou semi solides variés, riches en protéines et minéraux. Seulement 13 % sont nourris avec de la viande, des poissons ou des œufs et un peu plus d'un quart (28 %) consomme des fruits et légumes riches en vitamine A. Dans seulement 8 % des cas, on a donné aux enfants du lait, du fromage ou des yaourts. En outre, la comparaison avec les enfants non allaités montre que les proportions d'enfants non allaités qui consomment les différents types d'aliments est plus élevée que pour les enfants allaités.

Le tableau 9.5 présente, pour ces mêmes enfants, la fréquence des aliments reçus par l'enfant au cours des 24 heures précédant l'enquête.

Quel que soit le type d'aliment, le nombre moyen de fois que les enfants ont reçu certains aliments est extrêmement faible et inférieur aux recommandations du Ministère de la Santé. Pour les enfants de 6-9 mois, ce nombre moyen varie entre 0,1 et 1,8. De plus, il semble que les enfants non allaités reçoivent un peu plus fréquemment certains aliments que les enfants toujours allaités, le nombre moyen de fois variant de 0,1 à 2,7.

Tableau 9.5 Fréquence des aliments reçus par l'enfant le jour ou la nuit précédant l'enquête

Nombre moyen de fois que les enfants derniers-nés âgés de moins de trois ans, qui vivent leur mère, ont reçu certains aliments particuliers au cours des 24 heures précédant l'enquête, selon la situation face à l'allaitement et l'âge en mois, EDSMD-III Madagascar 2003-2004

Âge en mois	Aliments pour bébé	Autre lait/ fromage/ yaourt	Autres liquides	Nourriture à base de céréales	Fruits/ légumes	Nourriture à base de tubercules	Nourriture à base de légumes	Viande/ volaille/ poisson/ coquil./ oeufs	Nourriture à base d'huile, graisse ou beurre	Fruits et légumes riches en Vitamine A	Effectif d'enfants
ENFANTS ALLAITÉS											
<2	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	191
2-3	0,0	0,1	0,2	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	203
4-5	0,0	0,1	0,5	0,6	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	212
6-7	0,0	0,1	0,8	1,5	0,6	0,1	0,1	0,2	0,2	0,4	248
8-9	0,1	0,3	1,1	2,2	1,1	0,3	0,1	0,4	0,3	0,9	189
10-11	0,0	0,3	1,1	2,3	1,9	0,4	0,1	0,4	0,4	1,3	161
12-15	0,1	0,2	1,0	2,4	2,2	0,5	0,2	0,4	0,5	1,7	375
16-19	0,0	0,2	0,9	2,7	2,0	0,5	0,2	0,5	0,5	1,6	378
20-23	0,1	0,4	1,0	2,5	2,4	0,6	0,2	0,3	0,4	1,8	203
24-27	0,0	0,4	0,9	2,7	2,3	0,6	0,5	0,4	0,7	1,8	104
28-31	0,0	0,4	1,2	2,5	2,2	0,4	0,2	0,6	0,3	1,6	59
32-35	(0,0)	(0,2)	(1,2)	(2,8)	(2,1)	(0,7)	(0,2)	(0,3)	(0,4)	(1,8)	36
<6	0,0	0,1	0,3	0,2	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	605
6-9	0,1	0,2	1,0	1,8	0,8	0,2	0,1	0,3	0,2	0,6	437
Ensemble	0,0	0,2	0,8	1,8	1,4	0,3	0,1	0,3	0,3	1,1	2 359
ENFANTS NON ALLAITÉS											
16-19	0,0	0,4	1,1	2,6	2,2	0,3	0,2	0,6	0,6	1,8	83
20-23	0,1	0,3	1,0	2,8	2,3	0,3	0,2	0,5	0,5	1,8	114
24-27	0,0	0,4	0,7	2,7	2,6	0,6	0,2	0,5	0,7	1,9	194
28-31	0,1	0,2	0,8	2,8	2,4	0,4	0,2	0,6	0,5	1,7	168
32-35	0,1	0,4	0,9	2,6	2,7	0,3	0,3	0,5	0,8	2,0	127
Ensemble	0,1	0,4	0,9	2,7	2,5	0,5	0,2	0,5	0,6	1,8	734

Note : Les aliments riches en vitamine A comprennent : potiron, igname ou courge rouge ou jaune, carottes, patate douce, légumes à feuilles vertes, mangue, papaye, viande, volaille, poisson, œuf. Les données ne sont pas présentées pour les groupes d'âges de trop faible effectif.
( ) Basé sur un faible nombre de cas non pondérés.

Le tableau 9.6 présente le même type de données mais elles portent cette fois sur les sept jours ayant précédé l'enquête.

Les résultats font apparaître la même tendance que celle observée dans le tableau précédent ; la seule différence étant que le nombre moyen est plus élevé – comme attendu – pour 7 jours que pour 24 heures. Ainsi, pour les enfants de 6-9 mois allaités, ce nombre moyen de fois se situe entre 0,3 et 5,8 fois alors que pour l'ensemble des enfants non allaités, il varie de 0,2 à 6,7.

Tableau 9.6 Fréquence des aliments reçus par l'enfant dans les sept derniers jours

Nombre moyen de fois que les plus jeunes enfants derniers-nés, âgés de moins de trois ans vivant avec leur mère, ont reçu certains aliments particuliers au cours des sept jours précédant l'enquête, selon qu'ils sont allaités ou non et par âge en mois, EDSMD-III Madagascar 2003-2004

Âge en mois	Eau	Aliments pour bébé	Autre lait	Jus de fruit	Autres liquides	Nourriture à base de céréales	Nourriture à base de racines/ tubercules	Fruits et légumes pauvres en vitamine A	Nourriture à base de légumes	Fromage ou yaourt	Viandes, volaille, poisson, coquillage, oeuf	Nourriture à base d'huile, graisse ou beurre	Potiron igname rouge/ jaune, carottes, patate rouge sucrée	Légumes à feuilles vertes	Mangue, papaye, autres fruits riches en vitamine A	Effectif d'enfants
								ENFANTS ALLAITÉS								
<2	0,5	0,0	0,1	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	191
2-3	1,7	0,0	0,2	0,1	0,2	0,2	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0	203
4-5	3,0	0,0	0,4	0,0	0,4	1,9	0,1	0,3	0,0	0,1	0,2	0,1	0,2	0,4	0,0	212
6-7	5,3	0,2	0,4	0,2	0,8	4,6	0,6	1,0	0,2	0,2	0,7	0,8	0,6	1,0	0,3	248
8-9	6,4	0,4	0,9	0,5	1,3	5,7	1,0	1,5	0,4	0,9	1,5	1,8	0,8	2,3	1,3	189
10-11	6,8	0,1	0,8	0,3	1,6	6,6	2,4	2,6	0,6	0,3	1,6	1,9	1,7	2,8	1,4	161
12-15	6,8	0,5	0,7	0,3	1,2	6,1	2,2	2,5	0,9	0,4	1,5	2,0	1,8	3,4	2,0	375
16-19	6,8	0,1	0,6	0,3	1,5	6,4	2,4	2,2	1,0	0,6	1,7	2,2	1,6	3,7	2,0	378
20-23	6,9	0,4	0,8	0,4	1,7	6,5	2,6	2,7	1,2	0,7	1,3	2,1	1,7	3,7	1,9	203
24-27	6,7	0,0	1,2	0,2	2,0	6,7	2,6	2,4	1,2	0,7	1,6	3,1	1,9	3,6	1,7	104
28-31	6,6	0,0	1,1	0,6	2,0	6,6	2,4	3,1	1,2	1,0	2,2	1,9	1,8	3,4	1,4	59
32-35	(6,9)	(0,0)	(0,7)	(0,4)	(1,7)	(6,5)	(2,2)	(3,0)	(1,0)	(0,3)	(1,3)	(1,7)	(1,1)	(4,2)	(2,7)	36
<6	1,8	0,0	0,2	0,0	0,3	0,7	0,1	0,1	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,2	0,0	605
6-9	5,8	0,3	0,6	0,3	1,0	5,1	0,8	1,2	0,3	0,5	1,1	1,2	0,7	1,6	0,7	437
Ensemble	5,3	0,2	0,6	0,2	1,1	4,7	1,5	1,6	0,6	0,4	1,1	1,4	1,1	2,3	1,2	2 359
								ENFANTS NON ALLAITÉS								
16-19	6,7	0,1	1,1	0,5	1,2	6,3	1,6	2,2	1,4	0,4	2,3	2,7	1,1	3,3	2,6	83
20-23	6,8	0,1	1,2	0,5	1,8	6,8	1,5	2,4	0,9	0,5	2,4	2,2	1,4	3,5	2,5	114
24-27	6,6	0,1	1,4	0,6	1,4	6,4	2,4	2,7	1,1	0,5	2,3	2,8	1,8	3,8	2,5	194
28-31	7,0	0,3	0,9	0,2	1,9	6,5	1,8	3,1	1,1	0,3	2,0	2,5	1,3	3,8	2,4	168
32-35	6,7	0,3	1,4	0,8	2,1	6,6	1,5	2,6	1,3	0,8	1,9	3,5	1,7	3,2	2,8	127
Ensemble	6,7	0,2	1,2	0,5	1,7	6,4	1,9	2,7	1,1	0,5	2,1	2,7	1,5	3,6	2,5	734

Note : Les aliments riches en vitamine A comprennent : potiron, igname ou courge rouge ou jaune, carottes, patate douce, légumes à feuilles vertes, mangue, papaye, viande, volaille, poisson, œuf. Les données ne sont pas présentées pour les groupes d'âges de trop faible effectif.
( ) Basé sur un faible nombre de cas non pondérés.

9.2 IODATION DE SEL, VITAMINE A ET CÉCITÉ CRÉPUSCULAIRE CHEZ LES ENFANTS ET CHEZ LES FEMMES

Certains minéraux et vitamines sont indispensables pour le bon fonctionnement de l'organisme et ils doivent être apportés par l'alimentation. Il en est de même de certains micronutriments comme l'iode, le fer, la vitamine A, le zinc. Leur apport insuffisant dans l'alimentation peut entraîner des déficiences et sont à l'origine de certaines maladies.

Consommation de sel iodé par les ménages

Il est reconnu que la faible consommation d'iode peut entraîner un retard dans le développement mental de l'enfant (crétinisme) et favoriser l'apparition du goitre chez les adultes. Elle peut également accroître les risques d'avortements spontanés, de stérilité, de mortinatalité et de mortalité infantile. Jusqu'à une date récente, le sel produit localement n'était pas iodé et sa consommation n'était pas généralisée. En 1992, 75 % des Malgaches couraient des risques de souffrir de troubles dus à la carence en iode (TDCI).

Lors de l'EDSMD-III, les enquêteurs ont demandé, dans chaque ménage, un peu de sel utilisé pour la cuisine. Ce sel a été testé au moyen d'un « kit » fourni par l'UNICEF pour déterminer sa teneur en iode. Ce test permet de savoir si le sel n'est pas du tout iodé ou s'il est iodé à plus ou moins de 15 parties par million (ppm). Le sel qui contient au moins 15 ppm d'iode est considéré comme suffisamment iodé. Les résultats en fonction de certaines caractéristiques socio-économiques sont présentés au tableau 9.7.

Tableau 9.7 Sel iodé dans le ménage

Répartition (en %) des ménages ayant du sel testé pour la présence de l'iode selon le niveau d'iode dans le sel, pourcentage de ménages dont le sel a été testé et pourcentage de ménages qui n'ont pas de sel, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDSMD-III Madagascar 2003-2004

Caractéristique	Iode parmi les ménages testés : Sel non iodé	Sel iodé	Total	Effectif de ménages	Pourcentage de ménages testés	Pourcentage de ménages sans sel	Effectif de ménages
Milieu de résidence							
Capitale	1,8	98,2	100,0	434	98,8	0,8	439
Autres villes	21,9	78,1	100,0	1 404	95,5	3,9	1 471
Ensemble urbain	17,2	82,8	100,0	1 838	96,2	3,2	1 909
Rural	26,8	73,2	100,0	6 048	92,9	5,9	6 511
Province							
Antananarivo	17,9	82,1	100,0	2 492	96,9	3,1	2 572
Fianarantsoa	35,4	64,6	100,0	1 279	86,4	11,4	1 480
Toamasina	7,0	93,0	100,0	1 224	94,7	4,7	1 293
Mahajanga	10,8	89,2	100,0	1 053	95,8	3,5	1 099
Toliara	76,2	23,8	100,0	948	94,6	4,1	1 003
Antsiranana	6,1	93,9	100,0	626	93,3	4,2	671
Niveau de bien-être							
Le plus pauvre	38,6	61,4	100,0	1 295	91,9	6,5	1 409
Second	41,2	58,8	100,0	1 536	89,3	8,5	1 720
Moyen	29,3	70,6	100,0	1 485	92,0	6,6	1 614
Quatrième	16,0	84,0	100,0	1 703	96,2	3,5	1 770
Le plus riche	5,3	94,7	100,0	1 867	97,9	1,9	1 906
Ensemble	24,6	75,4	100,0	7 885	93,7	5,2	8 420

Dans la quasi-totalité des ménages (94 %), le sel a été testé. Une très faible proportion de ménages ne disposait pas de sel au moment de l'enquête (5 %). Cependant, on constate que dans la province de Fianarantsoa, cette proportion est relativement élevée (11 %). De même, dans les ménages

des trois premiers quintiles, ces proportions sont plus élevées que dans ceux des deux derniers quintiles. Malgré la stratégie d'iodation universelle de sel, les résultats montrent qu'un quart des ménages enquêtés (25 %) ne consomment pas de sel iodé (0 ppm). Seul, les trois quarts des ménages utilisent du sel iodé adéquatement (15 ppm). L'utilisation de sel iodé est plus fréquente en milieu urbain (83 %) qu'en milieu rural (73 %), en particulier dans la capitale (98 %). Dans les provinces, les proportions varient d'un minimum de 24 % à Toliara à un maximum de 94 % à Antsiranana.

Enfin, l'utilisation du sel iodé augmente avec le niveau de bien-être du ménage, de 61% dans les ménages du quintile le plus pauvre à 95 % dans les ménages du quintile le plus riche.

Consommation de micronutriments et de Vitamine A chez les enfants

La vitamine A est indispensable pour la vision. Une déficience entraîne une héméralopie et d'autres manifestations de xérophtalmie pouvant aboutir à la cécité. Elle joue également un rôle essentiel dans le fonctionnement du système immunitaire. L'amélioration de consommation de vitamine A chez les enfants carencés permet d'accroître leur résistance aux maladies, réduisant ainsi la mortalité et la morbidité dues aux maladies infectieuses. À cet effet, la stratégie de lutte préconisée par le Protocole National de Lutte contre les carences en micronutriments (MINSAN, USAID, UNICEF et GAIN, 1998) consiste, pour le moyen terme, en la supplémentation en vitamine A des enfants de 6-59 mois et de leur mère dans les huit semaines qui suivent l'accouchement. La stratégie à long terme réside dans la promotion de la consommation d'aliments riches en vitamine A et de la fortification alimentaire.

On a également demandé à la mère si l'enfant avait reçu de la vitamine A dans les six derniers mois. Afin d'éviter les biais consécutifs à la confusion avec d'autres médicaments, on a présenté à l'enquêtée un échantillon de comprimés de vitamine A.

Supplémentation et consommation d'aliments riches en vitamine A chez les enfants

Selon les résultats présentés au tableau 9.8, on constate que 60 % des enfants derniers-nés âgés de moins de 3 ans et vivant avec leur mère ont consommé, dans les sept derniers jours avant l'enquête, des fruits et des légumes riches en vitamine A. Les enfants dont la mère n'a aucune instruction (54 %), ceux de la province de Toliara (54 %) et ceux du quintile le plus pauvre (54 %) sont parmi ceux qui en ont consommé le moins fréquemment.

En outre, les résultats montrent que dans l'ensemble, 76 % des enfants de moins de 5 ans ont reçu des compléments de vitamine A au cours des 6 mois qui ont précédé l'enquête. Ce taux varie de manière importante selon les caractéristiques socio-démographiques ; il augmente avec l'âge de l'enfant : d'un minimum de 40 % à 6-9 mois, il passe à environ 80 % à partir de 24-35 mois. Ce sont les enfants de 24-35 mois qui sont proportionnellement les plus nombreux à en avoir reçu (82 %). De même, la proportion d'enfants non allaités ayant reçu des suppléments en fer est plus élevée que celle observée chez les enfants allaités (81 % contre 69 %).

Les proportions d'enfants qui ont reçu un supplément de vitamine A varient également selon le milieu de résidence, le niveau d'instruction de la mère et le niveau de bien-être du ménage. Plus de quatre enfants du milieu urbain sur cinq (84 %) ont reçu des suppléments en fer contre 74 % en milieu rural. Ce sont les enfants de la capitale qui sont les plus nombreux à en avoir reçu (85 %). Les résultats selon le niveau d'instruction de la mère montrent que ce sont les enfants des femmes les plus instruites (90 %) qui en ont reçu le plus fréquemment contrairement à ceux dont la mère est sans instruction (61 %). Le niveau de bien-être du ménage a également une influence puisque seulement 69 % des enfants du quintile le plus pauvre en ont bénéficié contre 90 % parmi ceux des ménages les plus riches.

Tableau 9.8 Consommation de micronutriments

Pourcentage des derniers-nés âgés de moins de trois ans et vivant avec leur mère qui ont reçu des aliments riches en vitamine A au cours des sept jours qui ont précédé l'enquête, pourcentage d'enfants de moins de cinq ans qui ont reçu des compléments de vitamine A au cours des six mois qui ont précédé l'enquête, et pourcentage d'enfants de moins de cinq ans vivant dans des ménages ayant du sel iodé, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDSMD-III Madagascar 2003-2004

Caractéristique	A consommé de la nourriture riche en vitamine A	Effectif d'enfants	A reçu des compléments de vitamine A	Effectif d'enfants	Pourcentage vivant dans un ménage disposant du sel iodé	Effectif d'enfants
Âge de l'enfant en mois						
<6	4,4	611	na	na	71,7	571
6-9	39,7	442	40,4	445	72,8	410
10-11	69,9	162	67,3	163	71,7	153
12-23	81,9	1 190	79,4	1 287	70,1	1 202
24-35	81,7	688	82,0	1 007	69,4	949
36-47	na	na	78,8	1 229	71,2	1 160
48-59	na	na	80,3	1 096	69,3	1 001
Sexe						
Masculin	57,1	1 501	75,1	2 538	69,8	2 651
Féminin	62,5	1 592	77,4	2 689	71,1	2 795
Rang de naissance						
1	57,7	672	77,0	1 192	76,4	1 264
2-3	58,6	1 068	78,0	1 845	72,4	1 925
4-5	61,8	666	76,6	1 065	68,7	1 117
6 ou +	62,1	687	72,2	1 124	62,5	1 140
Allaitement						
Allaité au sein	53,0	2 359	68,8	1 829	71,1	2 265
Non allaité au sein	81,8	732	80,6	3 356	69,9	3 145
ND	100,0	2	49,8	41	82,2	36
Milieu de résidence						
Capitale	60,4	105	85,3	178	97,9	197
Autres villes	61,1	472	84,1	819	73,7	866
Ensemble urbain	61,0	577	84,3	997	78,2	1 063
Rural	59,6	2 516	74,3	4 229	68,6	4 383
Province						
Antananarivo	60,8	852	82,5	1 433	73,8	1 538
Fianarantsoa	58,8	709	75,6	1 179	61,8	1 172
Toamasina	61,6	474	77,5	787	91,6	823
Mahajanga	63,7	455	70,4	752	91,8	807
Toliara	53,8	406	70,7	716	20,8	746
Antsiranana	59,4	197	73,9	359	91,5	360
Niveau d'instruction						
Aucun	53,8	799	61,4	1 327	60,5	1 358
Primaire/Alphabét.	60,5	1 617	77,8	2 734	69,8	2 859
Secondaire ou plus	65,5	676	89,5	1 165	83,1	1 229
Âge de la mère à la naissance						
<20	58,4	559	71,4	987	69,2	1 014
20-24	59,3	800	77,6	1 438	71,4	1 506
25-29	57,2	762	78,8	1 252	70,1	1 334
30-34	60,6	482	76,5	792	73,5	829
35-49	65,9	489	75,5	758	67,7	763
Niveau de bien-être						
Le plus pauvre	54,2	863	68,8	1 466	59,8	1 475
Second	60,4	561	68,9	985	58,4	978
Moyen	63,3	638	74,3	1 101	65,8	1 151
Quatrième	63,4	543	87,2	877	84,0	974
Le plus riche	61,0	488	89,8	797	93,2	867
Ensemble	59,9	3 093	76,2	5 226	70,5	5 446

na = Non applicable
( ) Basé sur trop peu de cas non pondérés.

Les résultats du tableau 9.8 montrent également que 71 % des enfants de moins de cinq ans vivent dans un ménage utilisant du sel correctement iodé. Cette proportion est plus élevée en urbain qu'en rural (78 % contre 69 %) et parmi les ménages du quintile le plus riche (93 % contre 60 % pour le plus pauvre).

Supplémentation en micronutriments (vitamine A et fer folates) et cécité crépusculaire chez les femmes

Le Protocole National de Lutte contre les carences en micronutriments préconise la supplémentation en vitamine A des mères dans les huit semaines qui suivent l'accouchement ainsi que la supplémentation en comprimé de fer au cours de la grossesse. Lors de l'enquête, on a demandé aux mères ayant eu une naissance au cours des cinq années ayant précédé l'enquête si elles avaient reçu de la vitamine A au cours des deux premiers mois qui ont suivi l'accouchement.

À cette question, 19 % des mères ont répondu qu'elles avaient effectivement reçu de la vitamine A au cours des deux mois qui ont suivi l'accouchement. Ce pourcentage varie légèrement selon l'âge des mères. Ce sont les mères les plus jeunes et les plus âgées qui en ont reçu le moins fréquemment (16 % dans les deux cas contre environ 20 % aux autres âges). Cette proportion varie avec la parité, d'un maximum de 23 % pour les femmes qui ont un enfant à un minimum de 13 % pour celles qui en ont 6 ou plus. En outre, on remarque que les femmes du milieu urbain sont proportionnellement plus nombreuses à avoir reçu de la vitamine A (24 %) que celles du milieu rural (18 %). Dans la capitale, cette proportion est de 36 %.

Par ailleurs, le taux de couverture de la supplémentation en vitamine A après l'accouchement est près de quatre fois plus élevé chez les femmes ayant atteint le niveau secondaire (33 %) par rapport à celles n'ayant reçu aucune instruction (9 %). Il est également environ six fois plus élevé dans les ménages du quintile le plus riche (37 %) par rapport à ceux du plus pauvre (6 %).

En outre, on a demandé aux femmes, si pendant leur grossesse, elles avaient souffert de cécité crépusculaire, c'est-à-dire de problèmes de vue à la tombée de la nuit ou au cours de la nuit. Les résultats du tableau 9.9 indiquent que 8 % des femmes ayant eu une naissance au cours des cinq années ayant précédé l'enquête avaient eu des difficultés pour voir pendant la nuit. Cependant, une proportion importante de femmes ont déclaré avoir eu également des problèmes de vue mais pas nécessairement des problèmes de cécité crépusculaire. On a donc calculé une prévalence « ajusté », en éliminant de la cécité crépusculaire les femmes ayant également déclaré avoir eu des problèmes de vue pendant la journée. La prévalence ainsi ajustée passe à 1 %. Les proportions de femmes considérées comme étant atteinte de cécité crépusculaire varient selon l'âge, d'un minimum de 0,2 % à 25-29 ans à un maximum de 2 % à 35-39 ans. Les écarts selon le milieu de résidence ne sont pas très importants ; par contre, dans les provinces de Toamasina et de Mahajanga, les proportions sont plus beaucoup plus élevées que dans les autres provinces (2 % contre moins d'un pour cent). En fonction du niveau d'instruction et du quintile de bien-être, les écarts constatés sont faibles.

Le tableau 9.9 fournit également les proportions de femmes ayant pris des comprimés de fer durant la grossesse. Dans l'ensemble, on constate que les deux tiers des femmes (66 %) n'ont pris aucun comprimé de fer durant la grossesse. À l'opposé, 23 % en ont pris pendant une durée inférieure à deux mois, 5 % pendant deux à trois mois et enfin 3 % pendant trois mois ou plus. C'est parmi les femmes de la capitale (5 %), parmi celles qui ont un niveau d'instruction au moins secondaire (6 %) et parmi celles des ménages les plus riches (5 %) que cette proportion est la plus élevée.

Tableau 9.9 Consommation de micronutriments pour les mères

Pourcentage de femmes ayant eu une naissance au cours des cinq années ayant précédé l'enquête et qui ont reçu une dose de vitamine A au cours des deux premiers mois qui ont suivi l'accouchement, pourcentage de celles qui ont souffert de cécité crépusculaire au cours de la grossesse, pourcentage de celles qui ont pris des comprimés de fer ou un sirop durant un nombre déterminé de jours pendant la grossesse, et pourcentage de celles qui vivent dans des ménages utilisant du sel iodé, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDSMD-III Madagascar 2003-2004

Caractéristique	A reçu vitamine A[1] post-partum	Cécité crépus-culaire déclarée	Cécité crépus-culaire ajustée[2]	Nombre de jours de prise de fer pendant la grossesse: Aucun jour	<60	60-89	90 ou +	NSP / ND	Effectif de femmes	Vivant dans un ménage disposant de sel iodé[3]	Effectif de femmes
Âge a la naissance de l'enfant											
<20	15,9	7,0	1,4	69,4	21,2	4,0	1,3	4,2	755	70,3	697
20-24	20,4	7,3	1,2	62,0	25,4	6,6	2,2	3,8	1 067	74,2	1 013
25-29	21,3	6,3	0,2	62,5	25,6	5,3	3,5	3,0	993	73,6	944
30-34	20,6	7,4	0,5	69,2	20,2	4,8	3,1	2,7	628	77,6	585
35-49	16,2	10,0	1,5	68,9	18,6	3,2	2,2	7,0	719	70,8	654
Rang de naissance											
1	22,9	5,9	1,7	60,4	27,7	6,4	2,8	2,8	931	78,2	890
2-3	20,6	6,4	0,7	62,3	24,8	6,4	2,5	4,1	1 433	75,4	1 349
4-5	19,0	6,8	0,3	69,4	19,7	3,7	3,5	3,7	847	73,3	793
6 ou +	13,1	11,3	1,3	72,9	17,4	2,6	1,4	5,6	950	65,0	863
Milieu de résidence											
Capitale	35,5	4,7	1,2	48,5	27,6	11,0	5,0	7,8	158	97,8	157
Autres villes	21,7	4,7	0,7	56,4	25,0	6,6	5,5	6,4	665	75,4	640
Ensemble urbain	24,3	4,7	0,8	54,9	25,5	7,5	5,4	6,7	823	79,8	797
Rural	17,8	8,2	1,0	68,4	22,0	4,3	1,8	3,4	3 339	71,6	3 097
Province											
Antananarivo	29,6	5,5	0,4	57,7	27,7	7,9	2,7	4,1	1 170	78,8	1 127
Fianarantsoa	13,6	3,3	0,6	62,3	25,5	6,6	3,0	2,5	916	64,3	799
Toamasina	20,6	14,2	2,1	67,6	24,6	2,8	2,7	2,3	641	91,7	600
Mahajanga	11,3	6,4	2,1	75,7	16,3	3,3	1,5	3,2	611	90,8	595
Toliara	8,5	15,3	0,2	76,6	13,0	0,6	1,6	8,2	539	23,2	512
Antsiranana	26,9	1,7	0,4	63,5	21,3	4,2	3,4	7,5	284	92,8	261
Niveau d'instruction											
Aucun	8,6	11,9	1,2	78,0	14,4	2,9	0,7	4,0	1 063	62,1	967
Primaire/Alphabét.	17,9	6,0	0,9	66,5	24,2	4,2	1,7	3,4	2 124	72,4	1 974
Secondaire ou plus	33,2	5,9	0,9	50,6	28,6	9,0	6,1	5,7	975	86,5	954
Niveau de bien-être											
Le plus pauvre	6,4	9,0	1,0	74,5	17,4	2,8	2,0	3,4	1 113	60,8	1 021
Second	11,9	8,7	0,5	73,7	17,5	3,3	1,1	4,3	750	61,6	658
Moyen	19,5	7,5	1,4	69,2	24,3	2,6	1,4	2,5	855	69,5	801
Quatrième	27,5	7,6	1,4	59,9	26,1	5,7	3,6	4,7	701	85,2	682
Le plus riche	36,9	3,9	0,5	46,0	30,9	11,9	4,9	6,3	743	94,2	732
Ensemble	19,1	7,5	1,0	65,7	22,7	5,0	2,5	4,1	4 162	73,3	3 894

[1] Pour les femmes ayant eu deux naissances vivantes ou plus dans les cinq dernières années, les données concernent la naissance la plus récente.
[2] Les femmes qui ont déclaré avoir souffert de cécité crépusculaire mais qui n'ont pas déclaré avoir des difficultés pour voir durant le jour.
[3] Sont exclues les femmes qui vivent dans des ménages dont le sel n'a pas été testé.

Enfin, on constate que près des trois-quarts des femmes ayant eu une naissance au cours des cinq années ayant précédé l'enquête (73 %) vivent dans un ménage disposant de sel iodé. C'est parmi les femmes sans instruction (62 %) et parmi celles des ménages des deux premiers quintile (en moyenne, 61 %) que cette proportion est la plus faible. Dans la capitale, dans la province d'Antsiranana et dans les ménages du quintile plus riche, cette proportion dépasse 90 %.

En ce qui concerne la prévention des anémies nutritionnelles lors de la grossesse, la supplémentation en Fer/Acide folique (FAF) des femmes enceintes fait partie intégrante des consultations prénatales et constitue l'une des principales stratégies du Protocole National de Lutte contre les Carences en Micronutriments.

Anémies par carence en fer

L'anémie est définie comme une baisse du volume de globules rouges ainsi que de la quantité d'hémoglobine qui circule dans le sang. Bien que l'anémie puisse être provoquée par des hémorragies, des infections, des problèmes génétiques ou par des maladies chroniques, elle est due le plus souvent à une insuffisance de fer dans l'apport alimentaire.

L'anémie est reconnue pour avoir un effet néfaste sur la santé, en particulier sur celle de la mère et des enfants. Les femmes anémiées ont en général des grossesses à problèmes. L'anémie augmente le risque d'insuffisance pondérale à la naissance, et réduit la productivité des adultes. Elle peut constituer une cause sous jacente de mortalité maternelle ou périnatale. Par ailleurs, l'anémie ferriprive chez les enfants est associée à une diminution des facultés d'acquisition des connaissances et des capacités de coordination, à un ralentissement du développement moteur et du langage compromettant ainsi la réussite scolaire. À Madagascar, la supplémentation en Fer/Acide folique (FAF) des femmes enceintes lors des consultations prénatales fait partie des stratégies développées dans la lutte contre l'anémie.

Le test de l'anémie a été une phase importante de l'EDSMD-III. L'analyse des prélèvements sanguins a pour but de tester le niveau d'hémoglobine chez les femmes, les hommes et les enfants et de déterminer la prévalence de l'anémie et sa gravité. Pour mesurer l'hémoglobine, un prélèvement de sang capillaire a été effectué au niveau du doigt des enfants âgés de 6 à 59 mois, des femmes de 15 à 49 ans et des hommes de 15 à 59 ans. Le niveau de l'hémoglobine dans le sang est mesuré à l'aide d'un hémoglobinomètre portatif ou Hemocue. Le résultat est exprimé en gramme d'hémoglobine par décilitre.

Par ailleurs, le niveau d'hémoglobine dans le sang augmente avec l'altitude. À Madagascar, les Hautes Terres constituent près des deux tiers du territoire et on dénombre une proportion importante de la population vivant dans des régions d'altitude relativement élevée. Il s'avère ainsi nécessaire d'ajuster et de normaliser les valeurs de l'hémoglobine par rapport à ce qu'elle est au niveau de la mer. Cet ajustement se fait également selon que la mère fume ou non. La formule mathématique suivante a été ensuite utilisée pour calculer le taux d'anémie (CDC, 1989) :

$Hb_a = Hb_0 - (-0{,}32 \times alt + 0{,}22 \times alt^2)$, où

Hb_a représente le niveau d'hémoglobine ajusté,

Hb_0 représente le niveau observé, et

alt Représente [(*altitude en mètres*)/1000] × 3,3

L'altitude a été mesurée à l'aide des unités GPS (*Global Positioning System*) pour toutes les grappes visitées.

La classification de l'anémie adoptée dans ce document est celle de l'OMS.

Chez les femmes et les enfants, l'anémie est considérée comme :

- *sévère* si la mesure d'hémoglobine par décilitre de sang est en dessous de 7,0 g/dl
- *modérée* si cette valeur se situe entre 7,0 et 9,9 g/dl
- *légère* si la mesure se situe entre 10,0 et 10,9 g/dl pour les enfants de 6 à 59 mois ainsi que pour les femmes enceintes. Pour les femmes non enceintes, l'anémie sera considérée comme légère si le niveau d'hémoglobine se situe entre 10,0 et 11,9 g/dl.

Chez les hommes, la classification suivante est adoptée :

- anémie *sévère* si la mesure d'hémoglobine par décilitre de sang est en dessous de 9,0 g/dl
- anémie *modérée* si cette valeur se situe entre 9,0 et 11,9 g/dl
- anémie *légère* si la mesure se situe entre 12,0 et 12,9 g/dl.

Prévalence de l'anémie chez les enfants

Le tableau 9.10 indique qu'à Madagascar plus des deux tiers (68 %) des enfants de 6-59 mois sont anémiés : 35 % sous une forme légère, 31 % sous une modérée et 3 % sont atteints d'anémie sévère.

Du point de vue de l'âge, c'est entre 6 et 23 mois que les enfants sont les plus touchés par l'anémie (86 % à 6-9 mois et 78 % à 12-23 mois). Comme nous l'avons vu précédemment, c'est la période pendant laquelle beaucoup d'enfants ne reçoivent pas de compléments alimentaires en quantité et en qualité suffisante. Les résultats ne font pas apparaître d'écarts selon le sexe de l'enfant est (69 % chez les garçons et 68 % chez les filles).

On constate une prévalence de l'anémie plus faible dans la capitale (51 %) qu'en milieu rural (69 %) et que dans le reste du milieu urbain (66 %). Au niveau des provinces, les résultats font apparaître des niveaux très élevés d'anémie dans la province d'Antsiranana (73 %) et dans celle de Toliara (72 %). La prévalence est également influencée par le niveau d'instruction de la mère puisque 80 % des enfants dont la mère est sans instruction sont anémiés contre 70 % de ceux dont la mère à un niveau primaire ou est alphabétisée et 62 % de ceux dont la mère a un niveau secondaire ou plus. Le niveau de bien-être affecte également le niveau de la prévalence puisqu'on constate que les proportions d'enfants anémiés diminuent des ménages les plus pauvres aux plus riches (77 % à 62 %). Enfin, les résultats selon l'âge de la mère font apparaître une tendance à la diminution des proportions d'enfants anémiés au fur et à mesure que l'âge de la mère augmente. C'est parmi les très jeunes mères de 15-19 ans que l'on observe la proportion d'enfants anémiés la plus élevée (84 %). Parmi ces enfants, 8 % sont atteints d'anémie sous sa forme sévère.

Tableau 9.10 Prévalence de l'anémie chez les enfants

Pourcentage d'enfants âgés de 6-59 mois anémiés, par niveau d'anémie, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDSMD-III Madagascar 2003-2004

Caractéristique	Anémiés	Pourcentage d'enfants anémiés: Légère (10,0-10,9 g/dl)	Modérée (7,0-9,9 g/dl)	Sévère (en dessous de 7,0 g/dl)	Effectif d'enfants
Âge de l'enfant en mois					
6-9	86,3	34,0	46,6	5,7	155
10-11	(90,4)	(37,5)	(42,7)	(10,2)	53
12-23	78,2	33,8	40,3	4,1	439
24-35	66,4	31,9	31,1	3,3	331
36-47	61,7	38,9	22,5	0,4	435
48-59	55,5	32,3	20,7	2,4	380
Sexe					
Masculin	68,9	34,3	32,3	2,3	892
Féminin	67,6	34,7	29,2	3,8	900
Rang de naissance					
1	70,7	33,5	33,7	3,5	322
2-3	70,5	37,5	30,0	3,0	583
4-5	69,5	34,3	29,9	5,3	310
6 ou +	71,2	34,5	34,5	2,3	377
Intervalle de naissance en mois					
Première naissance	70,7	33,4	33,7	3,5	323
<24	66,5	31,9	31,8	2,8	272
24-47	71,2	36,5	31,6	3,1	709
48 ou +	72,5	37,8	30,1	4,6	288
Milieu de résidence					
Capitale	51,3	37,4	13,9	0,0	61
Autres villes	65,8	35,5	27,8	2,6	261
Ensemble urbain	63,1	35,8	25,1	2,1	323
Rural	69,4	34,2	32,0	3,2	1 470
Province					
Antananarivo	62,4	33,5	26,4	2,5	463
Fianarantsoa	70,9	33,8	33,0	4,0	402
Toamasina	68,4	40,7	23,8	3,9	276
Mahajanga	70,4	30,6	37,0	2,9	249
Toliara	72,4	32,1	37,4	2,9	247
Antsiranana	72,8	40,7	31,3	0,8	129
Niveau d'instruction de la mère					
Aucun	79,5	37,0	36,2	6,2	379
Primaire/Alphabét.	69,8	34,6	32,0	3,1	903
Secondaire ou plus	62,4	35,7	26,2	0,6	357
Âge de la mère					
15-19	84,2	31,6	44,6	8,0	103
20-24	73,2	38,1	32,4	2,7	357
25-29	69,8	36,9	28,2	4,7	410
30-34	66,3	32,2	30,9	3,2	356
35-49	68,2	35,1	31,8	1,3	415
Enfants des mères enquêtées	70,5	35,3	31,8	3,4	1 592
Enfants des mères non enquêtées					
Mère vivant dans le ménage	(62,6)	(35,6)	(27,0)	(0,0)	50
Mère ne vivant pas dans le ménage	47,3	25,8	21,4	0,0	147
Niveau de bien-être					
Le plus pauvre	76,8	31,4	38,8	6,6	496
Second	65,0	32,6	30,6	1,8	372
Moyen	70,6	41,5	27,7	1,4	375
Quatrième	60,6	36,1	23,9	0,7	290
Le plus riche	61,7	31,3	27,6	2,8	260
Ensemble	68,3	34,5	30,7	3,0	1 793

Note : Le niveau d'instruction est inconnu pour 3 cas.
( ) Basé sur un faible nombre de cas non pondérés.

Prévalence de l'anémie chez les femmes

Le tableau 9.11 présente les résultats des tests d'anémie pour les femmes. Plus de deux femmes sur cinq (46 %) sont atteintes d'anémie : 35 % sous une forme légère, 9 % sous une forme modérée et 3 % sous une forme sévère. Malgré des écarts selon l'âge (de 39 % à 53 %) et selon le nombre d'enfants vivants (de 41 % à 53 %), aucune tendance nette ne se dégage. La grossesse et l'allaitement ne semblent pas augmenter le risque d'anémie d'une manière significative : les niveaux d'anémie des femmes qui sont enceintes (50 %) et celui des femmes qui allaitent (47 %) sont légèrement plus élevés que ceux observés chez les femmes qui ne sont pas enceintes et qui n'allaitent pas (45 %).

Tableau 9.11 Prévalence de l'anémie chez les femmes

Pourcentage de femmes âgés de 15-49 ans ayant une forme d'anémie, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDSMD-III Madagascar 2003-2004

		Statut d'anémie			
Caractéristique	Ayant une anémie	Légère (10,0 - 10,9 g/dl)	Modérée (7,0 - 9,9 g/dl)	Sévère (en dessous de 7,0 g/dl)	Effectif de femmes
Âge					
15-19	47,9	35,6	8,3	4,0	485
20-24	44,3	31,0	9,4	3,9	456
25-29	44,3	31,9	9,1	3,3	431
30-34	47,2	38,2	8,5	0,5	380
35-39	39,0	29,7	9,1	0,2	331
40-44	53,3	38,2	8,2	6,8	321
45-49	46,4	41,1	5,1	0,2	208
Enfants nés vivants					
Aucun enfant	41,1	31,7	5,4	4,0	598
1	44,5	28,4	9,9	6,3	392
2-3	45,1	33,5	9,9	1,7	752
4-5	52,5	41,2	8,9	2,4	419
6 ou +	49,0	39,4	8,6	1,0	450
Statut de grossesse/ allaitement au sein					
Enceinte	50,1	20,9	27,7	1,5	229
Allaité	47,0	36,6	9,8	0,6	772
Aucun des deux	44,9	35,6	5,1	4,2	1 611
Milieu de résidence					
Capitale	29,0	25,8	2,6	0,7	147
Autres villes	38,9	31,7	6,5	0,7	472
Ensemble urbain	36,5	30,3	5,5	0,7	619
Rural	48,9	35,9	9,4	3,6	1 993
Province					
Antananarivo	34,2	25,2	2,2	6,8	843
Fianarantsoa	50,4	35,2	14,0	1,2	543
Toamasina	44,0	37,7	5,9	0,4	414
Mahajanga	61,7	43,9	16,6	1,2	324
Toliara	46,3	35,9	9,6	0,8	307
Antsiranana	63,4	50,4	10,4	2,5	180
Niveau d'instruction					
Aucun	54,6	39,1	13,3	2,2	559
Primaire/Alphabét.	48,6	37,9	8,1	2,5	1 288
Secondaire ou plus	35,2	25,6	5,6	4,1	765
Niveau de bien-être					
Le plus pauvre	58,5	41,5	16,0	1,0	552
Second	48,6	38,1	10,5	0,0	435
Moyen	46,5	37,9	7,2	1,4	472
Quatrième	40,4	31,6	6,7	2,1	503
Le plus riche	37,4	26,2	3,0	8,3	649
Ensemble	46,0	34,6	8,5	2,9	2 612

Par contre, la prévalence de l'anémie varie sensiblement selon le milieu de résidence : c'est dans la capitale qu'elle est la plus faible (29 %) et en rural qu'elle est la plus élevée (49 %). Avec une prévalence de 39 %, les autres villes occupent une position intermédiaire. Au niveau des provinces, les niveaux d'anémie varient d'un minimum de 34 % dans celle d'Antananarivo à un maximum de 62 % dans celle de Mahajanga et de 63 % dans celle d'Antsiranana. L'anémie est plus fréquente parmi les femmes sans instruction que parmi celles qui ont fréquenté l'école (55 % contre 49 % chez celles ayant le niveau primaire ou étant alphabétisées et 35 % chez celles de niveau secondaire ou plus). Le niveau de bien-être du ménage influence les risques d'être anémié puisque du quintile le plus pauvre au plus riche, on constate que les proportions de femmes anémiées diminuent (59 % à 37 %).

Le tableau 9.12 présente la prévalence de l'anémie chez les enfants selon la gravité de l'anémie chez leur mère. Dans 1 590 cas, on dispose à la fois de données sur les enfants et sur leur mère. Globalement, les résultats font apparaître un écart de la prévalence entre les enfants dont la mère est anémiée et l'ensemble des enfants (78 % contre 68 %). Parmi les enfants dont la mère souffre d'anémie légère, 78 % des enfants sont anémiés et 5 % le sont sous la forme sévère ; parmi ceux dont la mère est atteinte d'anémie sous une forme modérée, 76 % sont anémiés et 8 % le sont sous la forme sévère. Le fait que la mère soit elle-même anémiée semble donc être un facteur déterminant de la prévalence de l'anémie chez les enfants.

Tableau 9.12 Prévalence de l'anémie chez les enfants selon le niveau d'anémie de la mère

Répartition (en %) des enfants âgés de 6-59 mois par niveau d'anémie, et selon la gravité de l'anémie chez la mère, EDSMD-III Madagascar 2003-2004

Anémie chez la mère	Ayant une anémie	Pourcentage d'enfants anémiés: Légère (10,0-10,9 g/dl)	Modérée (7,0-9,9 g/dl)	Sévère (en dessous de 7,0 g/dl)	Effectif d'enfants[1]
Anémie	77,5	34,4	36,3	6,8	749
Statut d'anémie[2]					
Anémie légère	77,6	37,5	34,8	5,3	548
Anémie modérée	76,3	27,1	41,4	7,8	189
Anémie sévère	*	*	*	*	12
Ensemble	70,5	35,3	31,8	3,4	1 590

Note : Le tableau porte sur les enfants de fait.
[1] Mères pour les quelles les données sur leur niveau d'hémoglobine et sur le niveau d'hémoglobine de leurs enfants âgés de 6-59 mois sont disponibles.
[2] Enfants âgés de 6-59 mois pour les quelles les données sur leur niveau d'hémoglobine et sur le niveau d'hémoglobine de leur mère sont disponibles.
* Basé sur trop peu de cas non pondérés.

Prévalence de l'anémie chez les hommes

Au tableau 9.13 sont présentés les résultats concernant la prévalence de l'anémie chez les hommes. On constate tout d'abord qu'un peu moins d'un homme sur cinq (19 %) est atteint d'anémie ; 15 % le sont sous une forme légère, 3 % sous une forme modérée et enfin 1 % des hommes sont gravement anémiés. Les proportions d'hommes anémiés varient de manière importante selon l'âge : en

Tableau 9.13 Prévalence de l'anémie chez les hommes

Pourcentage d'hommes âgés de 15-59 ans, anémiés par niveau d'anémie, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDSMD-III Madagascar 2003-2004

Caractéristique	Anémié	Niveau d'anémie: Légère (12,0 - 12,9 g/dl)	Modérée (9,0 - 11,9 g/dl)	Sévère (en dessous de 9,0 g/dl)	Effectif d'hommes
Âge					
15-19	28,0	21,5	6,3	0,3	438
20-24	17,0	14,4	0,4	2,2	433
25-29	13,0	9,4	1,7	1,9	412
30-34	12,0	11,3	0,6	0,0	277
35-39	19,5	17,6	0,3	1,5	306
40-44	20,4	16,4	4,0	0,0	237
45-49	18,0	13,7	4,0	0,4	208
50-54	20,5	12,8	4,2	3,4	138
55-59	15,0	15,0	0,0	0,0	86
Milieu de résidence					
Capitale	5,6	5,1	0,2	0,3	157
Autres villes	11,5	10,0	1,5	0,1	400
Ensemble urbain	9,9	8,6	1,1	0,1	556
Rural	21,0	16,7	2,8	1,4	1 979
Province					
Antananarivo	8,2	4,6	0,7	2,9	812
Fianarantsoa	22,3	17,8	4,2	0,3	449
Toamasina	23,4	20,4	3,0	0,0	441
Mahajanga	26,3	21,9	3,4	1,0	295
Toliara	20,5	19,5	1,0	0,0	246
Antsiranana	26,7	21,8	4,7	0,2	209
Niveau d'instruction					
Aucun	27,8	23,0	4,4	0,3	437
Primaire/Alphabét.	21,3	18,1	2,5	0,6	1 248
Secondaire ou plus	9,8	6,1	1,4	2,3	848
Ensemble	18,5	14,9	2,5	1,1	2 535

Note : Le niveau d'instruction est inconnu pour 3 cas.

particulier, on constate que plus d'un quart des adolescents de 15-19 ans (28 %) sont anémiés; à partir de 35 ans, plus d'un homme sur cinq en souffre. De plus, la prévalence de l'anémie est particulièrement élevée parmi les hommes du milieu rural (21 % contre un minimum de 6 % dans la capitale). Dans toutes les provinces, à l'exception de celle d'Antananarivo (8 %), au moins un homme sur cinq est anémié. Enfin, on constate que 28 % des hommes sans instruction sont anémiés contre un minimum de 10 % chez ceux de niveau secondaire.

9.3 ÉTAT NUTRITIONNEL DES ENFANTS ET DES FEMMES

L'un des objectifs de l'EDSMD-III est d'évaluer l'état nutritionnel des enfants de moins de trois ans et celui des femmes de 15-49 ans.

État nutritionnel des enfants

Méthodologie

L'état nutritionnel résulte à la fois, de l'histoire nutritionnelle (ancienne et récente) de l'enfant et des maladies ou infections qu'il a pu avoir. Cet état influe sur le risque qu'a l'enfant de contracter des maladies. En effet, un enfant mal nourri est en situation de faiblesse physique qui favorise les infections qui, à leur tour, influent sur ses risques de décéder. L'état nutritionnel est évalué au moyen d'indices anthropométriques calculés à partir de l'âge et des mesures de la taille et du poids de l'enfant pris au cours de l'enquête. Le poids et la taille permettent de calculer les trois indices suivants : la taille par rapport à l'âge (taille-pour-âge), le poids par rapport à la taille[2] (poids-pour-taille) et le poids par rapport à l'âge (poids-pour-âge).

L'état nutritionnel d'un enfant dépend des facteurs immédiats liés au régime alimentaire et à une bonne santé. Ces facteurs dépendent des causes sous-jacentes tels que les soins, la sécurité alimentaire au niveau des ménages, l'accès aux services de santé, à l'eau potable et à un environnement salubre qui sont également déterminées par des causes fondamentales telles que la disponibilité alimentaire, les ressources humaines et le pouvoir économique. De plus, le niveau d'alphabétisation et d'instruction de la population permet à celle-ci une utilisation efficace des informations et des ressources à sa disposition pour améliorer son statut nutritionnel. Du fait que toutes les populations ont un potentiel génétique de croissance similaire (Habicht et al., 1974), l'OMS et l'UNICEF recommandent d'utiliser les données de référence du *National Center for Health Statistics (NCHS)* pour évaluer l'état nutritionnel d'une population d'enfant. Trois indices exprimés en unités écart-type (Z score) par rapport à la médiane de cette population de référence et utilisant les mesures du poids et de la taille en combinaison avec l'âge permettent de déterminer l'état nutritionnel des jeunes enfants. Ce sont : le retard de croissance (*Taille/Âge*), l'émaciation (*Poids/Taille*) et l'insuffisance pondérale (*Poids/Âge*).

Au cours de l'enquête, tous les enfants de moins de trois ans présents dans les ménages enquêtés devaient être pesés et mesurés. Les résultats sont présentés ici pour les enfants de moins de trois ans pour permettre la comparaison avec les données de la précédente enquête, l'EDS 1997, qui portait sur les enfants de moins de trois ans. Les données portent donc sur les 3 154 enfants répondant à ces critères. Cependant, au niveau global, les données sont également présentées pour les enfants de moins de cinq ans.

Selon les recommandations de l'OMS, l'état nutritionnel des enfants observés pendant l'enquête est comparé à celui d'une population de référence internationale, connu sous le nom de standard NCHS/CDC/OMS[3]. Cette référence internationale a été établie à partir de l'observation d'enfants américains de moins de cinq ans en bonne santé et elle est utilisable pour tous les enfants de cet âge dans la mesure où, quel que soit le groupe de population, ils suivent un modèle de croissance à peu près similaire. Les données de la population de référence internationale ont été normalisées pour suivre une distribution normale où la médiane et la moyenne sont identiques. Pour les différents indices étudiés, on compare la situation des enfants dans l'enquête avec le standard de référence internationale, en calculant la proportion d'enfants observés qui se situent à moins de deux et à moins de trois écarts type en dessous de la médiane de la population de référence.

---

[2] Les enfants de moins de 24 mois ont été mesurés en position couchée, alors que ceux de 24 mois et plus ont été mesurés en position debout. Cependant, pour faciliter la compréhension du texte, le même terme « taille »sera utilisé ici pour tous les enfants, quelle que soit la façon dont ils ont été mesurés.

[3] NCHS : National Center for Health Statistics (Centre National des Statistiques Sanitaires, des États-Unis) ; CDC : Centers for Disease Control and Prevention (Centres de contrôle et prévention des maladies, des États-Unis) ; OMS : Organisation Mondiale de la Santé.

Le tableau 9.14 présente les pourcentages d'enfants souffrant de malnutrition selon les trois indices anthropométriques et selon certaines caractéristiques socio-démographiques. Parmi les 3 154 enfants pour lesquels l'état nutritionnel est présenté, 3 034 vivaient dans le même ménage que leur mère, dont 2 958 ont eu la mère enquêtée. Pour ces derniers, l'état nutritionnel a donc pu être analysé selon certaines caractéristiques disponibles à partir du questionnaire individuel femme, comme le rang de naissance, l'intervalle intergénésique et le niveau d'instruction de la mère. Par ailleurs, pour 196 enfants (soit 6 % de l'ensemble des enfants enquêtés), la mère n'a pas été enquêtée : dans 76 cas, la mère n'a pas été enquêtée pour diverses raisons (par exemple, elle était absente ou malade au moment de l'enquête) mais elle vivait dans le même ménage que son enfant et, dans 120 cas, elle n'a pas été enquêtée parce qu'elle vivait ailleurs ou était décédée. Cette dernière catégorie présente un intérêt particulier car on peut supposer que les conditions de vie de ces enfants dont la mère ne vit pas dans le ménage et donc leur état nutritionnel sont très différentes de celui des enfants vivant avec leur mère dans le même ménage.

Retard de croissance

Le tableau 9.14 fournit tout d'abord les proportions d'enfants de moins de trois ans qui souffrent de malnutrition chronique. La malnutrition chronique qui se manifeste par une taille trop petite pour l'âge se traduit par un *retard de croissance.* Cette situation est généralement la conséquence d'une alimentation inadéquate et/ou de maladies survenues pendant une période relativement longue ou qui se sont manifestées à plusieurs reprises. L'indice taille-pour-âge, qui rend compte de la taille d'un enfant par rapport à son âge, est donc une mesure des effets à long terme de la malnutrition et elle ne varie que très peu en fonction de la saison au cours de laquelle les enfants sont mesurés. De plus, on considère qu'après l'âge de deux ans, « ...il y a peu de chance pour qu'une intervention quelle qu'elle soit puisse améliorer la croissance. » (Delpeuch, 1991). Ainsi, le retard de croissance staturale acquis dès les plus jeunes âges ne se rattrape pratiquement plus. La taille-pour-âge est révélatrice de la qualité de l'environnement et, d'une manière générale, du niveau de développement socio-économique d'une population. L'enfant qui a une taille insuffisante pour son âge peut, cependant, avoir un poids en correspondance avec sa taille réelle ; pour cette raison, cette forme de malnutrition n'est pas toujours *visible* dans une population.

Selon les résultats du tableau 9.14 concernant l'indice taille-pour-âge, on constate que 45 % des enfants de Madagascar souffrent de malnutrition chronique (la taille-pour-âge se situe à moins de 2 écarts type en dessous de la médiane de la population de référence) et plus d'un enfant sur cinq (22 %) souffre de malnutrition chronique sévère (la taille-pour-âge se situe à moins de 3 écarts type de la médiane de la population de référence). Ces proportions sont très élevées par rapport à celles que l'on s'attend à trouver dans une population en bonne santé et bien nourrie, à savoir 2,3 % à moins 2 écarts type et 0,1 % à moins 3 écarts type). Comme on pouvait s'y attendre, la situation nutritionnelle des enfants dont la mère ne vit pas dans le ménage (53 % de malnutrition chronique et 34 % de malnutrition chronique sévère) est plus mauvaise que celle des enfants qui vivent avec leur mère (respectivement, 40 % et 22 %).

Tableau 9.14 État nutritionnel des enfants

Pourcentage d'enfants de moins de trois ans, considérés comme atteints de malnutrition selon les trois indices anthropométriques de l'état nutritionnel : taille-pour-âge, poids-pour-taille et poids-pour-âge, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDSMD-III Madagascar 2003-2004

	Taille-pour-âge		Poids-pour-taille		Poids-pour-âge		
Caractéristique	Pourcentage en dessous de -3 ET	Pourcentage en dessous de -2 ET[1]	Pourcentage en dessous de -3 ET	Pourcentage en dessous de -2 ET[1]	Pourcentage en dessous de -3 ET	Pourcentage en dessous de -2 ET[1]	Effectif d'enfants
Âge de l'enfant en mois							
<6	4,5	17,8	1,2	5,9	1,8	7,2	529
6-9	12,2	32,0	1,7	11,3	7,6	31,5	399
10-11	12,5	46,9	3,5	16,1	13,9	50,1	150
12-23	31,1	57,3	4,2	18,4	15,0	50,3	1 129
24-35	25,6	49,9	3,2	14,8	14,8	46,3	946
Sexe de l'enfant							
Masculin	22,0	47,5	4,2	16,3	13,9	41,2	1 535
Féminin	21,4	42,2	1,9	12,2	9,7	37,8	1 619
Rang de naissance[2]							
1	23,2	48,5	2,3	13,3	11,5	41,1	654
2-3	19,2	40,3	3,6	14,5	11,1	35,6	1 011
4-5	19,0	45,5	3,4	15,4	11,5	39,4	635
6 ou +	24,5	46,1	2,6	13,7	12,8	45,8	658
Intervalle intergénésique en mois[2]							
Première naissance[3]	23,2	48,7	2,3	13,4	11,5	41,0	657
<24	29,7	51,8	3,8	17,1	16,4	46,9	471
24-47	19,6	43,8	3,8	14,5	10,4	38,5	1 245
48 ou +	15,7	35,6	1,6	12,5	10,5	36,2	585
Taille à la naissance[2]							
Très petit	30,2	59,7	1,9	18,9	20,2	55,7	257
Petit	23,7	50,5	4,5	18,0	15,3	48,2	479
Moyen ou très gros	19,7	41,4	2,9	12,9	9,8	36,3	2 218
Milieu de résidence							
Capitale	19,2	42,6	2,9	10,7	7,9	29,3	103
Autres villes	17,8	38,7	2,1	13,9	10,8	36,2	495
Ensemble urbain	18,0	39,3	2,3	13,4	10,3	35,0	598
Rural	22,6	46,0	3,2	14,4	12,1	40,5	2 555
Province							
Antananarivo	27,9	50,1	2,5	12,2	11,1	39,3	830
Fianarantsoa	20,2	45,7	5,4	16,2	14,0	39,7	655
Toamasina	18,7	41,5	3,3	15,6	13,5	39,9	514
Mahajanga	23,6	48,5	0,2	11,8	13,4	44,6	436
Toliara	16,5	39,6	3,8	15,8	8,7	38,9	451
Antsiranana	14,3	31,5	1,8	14,0	7,1	27,9	214
Niveau d'instruction[4]							
Aucun	22,5	46,9	4,1	16,8	16,5	45,2	791
Primaire/Alphabét.	22,6	46,4	2,9	13,5	11,1	39,9	1 612
Secondaire ou plus	16,2	36,3	2,6	13,3	6,8	31,6	631
Âge de la mère[4]							
15-19	23,6	47,9	4,4	14,6	16,0	41,1	352
20-24	21,1	41,1	2,7	14,7	8,6	36,8	788
25-29	19,0	44,3	3,4	13,2	11,5	36,4	735
30-34	23,0	46,6	3,9	14,9	14,7	42,7	592
35-49	21,0	44,7	2,0	14,5	10,0	43,4	568
Enfants des mères enquêtées	21,2	44,5	3,0	14,2	11,6	39,9	2 958
Enfants des mères non enquêtées							
Mère vivant dans le ménage	21,5	40,4	6,9	17,3	11,9	26,4	76
Mère ne vivant pas dans le ménage[5]	33,7	53,3	0,2	11,5	14,2	37,0	120
Niveau de bien-être							
Le plus pauvre	22,9	50,5	3,0	15,3	14,5	45,7	827
Second	19,8	47,5	2,8	15,6	12,2	43,6	609
Moyen	24,5	45,2	4,8	13,9	13,8	39,8	688
Quatrième	20,9	38,2	2,2	12,4	8,5	33,7	577
Le plus riche	18,8	38,2	1,7	13,1	7,1	29,4	453
Ensemble des enfants de moins de trois ans	21,7	44,8	3,0	14,2	11,7	39,5	3 154
Ensemble des enfants de moins de cinq ans	23,4	47,7	2,8	12,8	11,3	41,9	5 412

Note : Le tableau est basé sur les enfants qui ont dormi dans le ménage la nuit précédant l'interview. Chaque indice est exprimé en terme de nombre d'unités d'écart type (ET) par rapport à la médiane de la Population de Référence Internationale du NCHS/CDC/OMS. Les enfants sont atteints de malnutrition s'ils se trouvent à moins de -2 ET (-2 ET et -3 ET) de la médiane de la population de référence. La taille à la naissance est inconnue pour 4 cas.

[1] Les enfants qui se situent en dessous de -3 ET sont inclus dans cette catégorie

[2] Pas d'information pour les enfants dont la mère n'a pas été enquêtée

[3] Les premières naissances multiples (jumeaux ou triplets,...) sont considérées comme première naissance car elles n'ont pas d'intervalle intergénésique précédent.

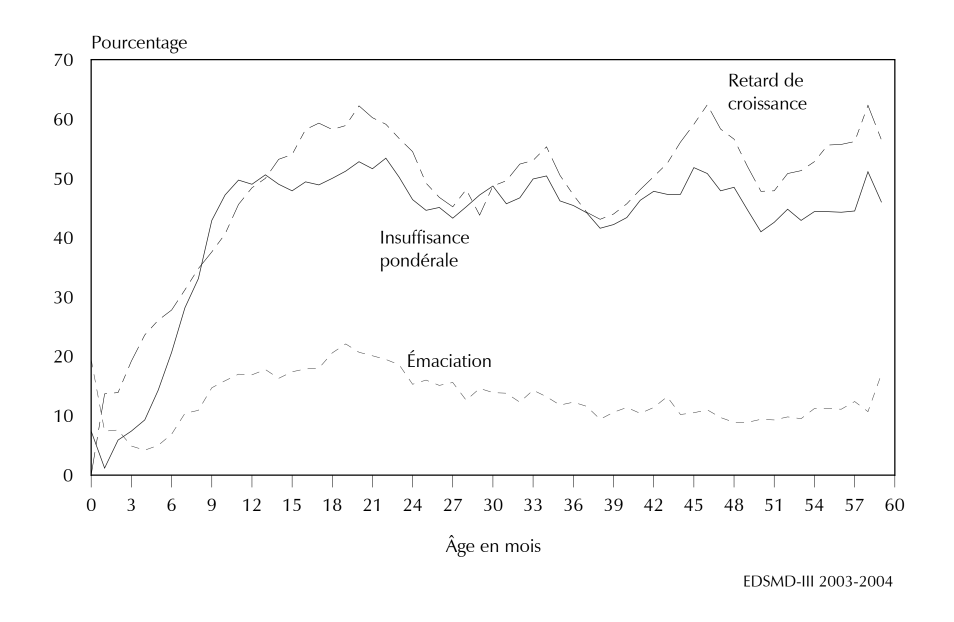
[4] Pour les femmes qui n'ont pas été interviewées, les informations sont tirées du questionnaire ménage. Sont exclus les enfants dont les mères ne sont pas listées dans le ménage.

[5] Y compris les enfants dont les mères sont décédées

Selon l'âge, on observe des variations importantes de la prévalence de la malnutrition chronique, quelle soit modérée ou sévère (tableau 9.14 et graphique 9.2). La proportion d'enfants accusant un retard de croissance augmente très régulièrement et très rapidement avec l'âge : de 18 %, à moins de 6 mois, la prévalence de la malnutrition chronique augmente de manière très importante pour atteindre plus de la moitié des enfants de 12-23 mois (57 %) puis diminuer légèrement ensuite à 24-35 mois (50 %). La forme sévère de ce type de malnutrition touche 5 % des enfants qui ont moins de 6 mois, 12 % de ceux de 6-9 mois ; à 12-23 mois, 31 % des souffrent de malnutrition chronique sévère. Comme on l'a précisé précédemment, c'est avant deux ans que la plupart des enfants accumulent un retard de croissance staturale et, après cet âge, le retard n'est plus rattrapable.

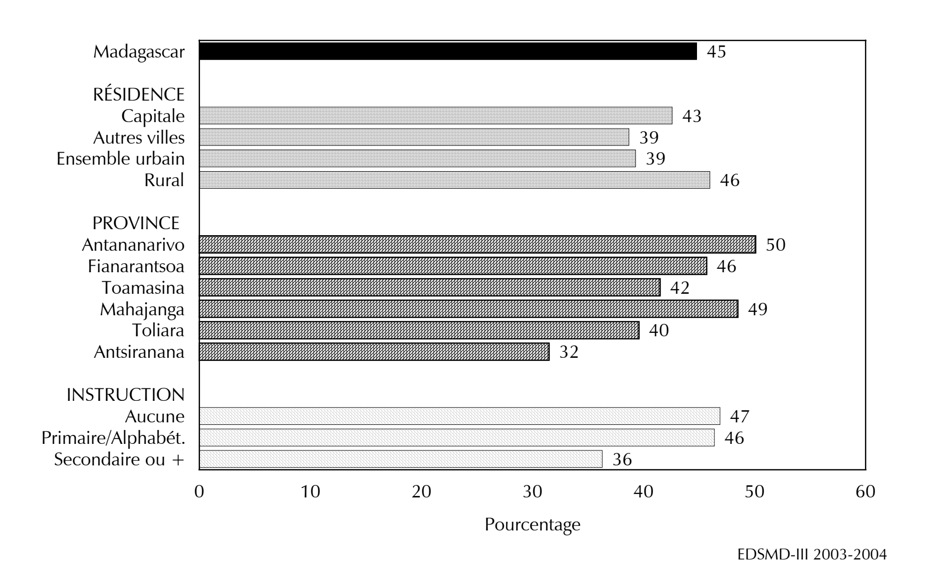
La malnutrition chronique touche légèrement plus les garçons que les filles (48 % contre 42 %). Du point de vue du rang de naissance, on constate que ce sont les enfants de rang 1 qui souffrent le plus fréquemment de cette forme de malnutrition (49 %). L'intervalle intergénésique semble également avoir une influence sur la prévalence de la malnutrition, puisque les enfants nés moins de deux ans après leurs aînés sont légèrement plus atteints de malnutrition chronique sévère que les autres enfants : 23 % contre 20 % quand l'intervalle intergénésique est de 24-47 mois et 16 % quand l'intervalle est de quatre ans ou plus.

Graphique 9.2 État nutritionnel des enfants de moins de 3 ans



Du point de vue du milieu de résidence, on ne constate pas de variation très importante. De plus la prévalence du milieu rural et celle de la capitale ne sont pas très différente (46 % en rural contre 43 % dans la capitale). Dans les provinces, les niveaux de malnutrition varient d'un maximum de 50 % dans la province d'Antananarivo à un minimum de 32 % dans celle d'Antsiranana (graphique 9.3).

Graphique 9.3 Pourcentage d'enfants de moins de 3 ans accusant un retard de croissance



Le niveau d'instruction de la mère a une influence sur l'état nutritionnel des enfants puisque 46 % des enfants dont la mère n'a aucune instruction sont affectés par un retard de croissance chronique contre 36 % parmi ceux dont la mère a un niveau secondaire. Avec l'acquisition d'une certaine instruction, les femmes acquièrent sans doute une meilleure connaissance de la composition équilibrée des aliments et des règles d'hygiène, mais aussi et surtout, les femmes non instruites sont souvent celles qui vivent dans les conditions économiques les plus précaires, caractérisées par une quantité de nourriture disponible parfois limitée et par des conditions de logement souvent insalubres. C'est cette conjonction de facteurs, et non le seul niveau d'instruction, qui explique la forte prévalence de la malnutrition chronique parmi les enfants des femmes sans instruction.

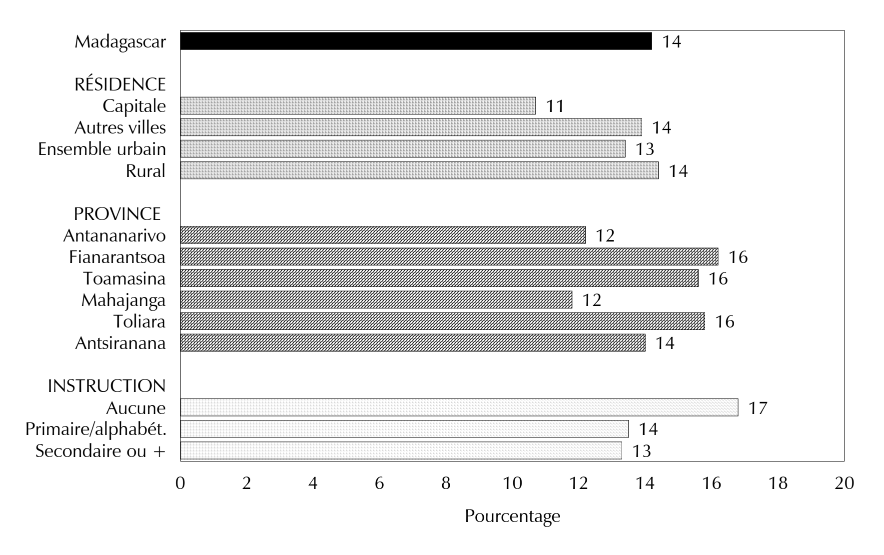
Émaciation

Au tableau 9.14 figurent également les résultats concernant les proportions d'enfants atteints de malnutrition aiguë, exprimée par l'indice poids-pour-taille. Cet indice qui donne une mesure de la masse du corps en relation avec la taille reflète la situation nutritionnelle actuelle (au moment de l'enquête). Il peut donc être fortement influencé par la saison pendant laquelle s'est effectuée la collecte des données. En effet, la plupart des facteurs susceptibles de causer un déséquilibre entre le poids et la taille de l'enfant, qu'ils soient des maladies (rougeole, diarrhée...) ou des déficits alimentaires (sécheresse, périodes de soudure) sont très sensibles à la saison. Ce type de malnutrition est la conséquence d'une alimentation insuffisante durant la période ayant précédé l'observation ou d'une perte de poids consécutive à une maladie (diarrhée sévère ou anorexie, par exemple). Un enfant souffrant de cette forme de malnutrition est maigre ou *émacié.* Les enfants dont le poids-pour-taille se situe à moins de deux écarts type en dessous de la médiane de la population de référence sont considérés comme étant atteint de *malnutrition aiguë modérée,* ceux se situant à moins de trois écarts type sont considérés comme souffrant de *malnutrition aiguë sévère.*

À Madagascar, la malnutrition aiguë touche 14 % des enfants de moins de 3 ans (contre 7 % en 1997) avec 3 % de forme sévère (1 % en 1997). Il faut noter que la collecte des données s'est effectuée en pleine période de soudure. Le taux observé a augmenté d'un peu plus de deux fois et demie par rapport à celle de 1991. Cette situation peut être assimilée à la situation nutritionnelle au moment de l'enquête et non à toute la période depuis 1997. Du point de vue de l'âge (graphique 9.2), ce sont les enfants de 10-23 mois qui en souffrent le plus, en particulier ceux du groupe d'âges 12-23 mois (18 %). À partir de 24 mois, les proportions diminuent légèrement mais la malnutrition touche encore 15 % des enfants de 24-35 mois. Les enfants qui souffrent le plus de cette forme de malnutrition sont donc ceux qui, pour la plupart, sont allaités mais ne bénéficient pas d'aliments de complément en quantité suffisante pour couvrir leurs besoins nutritionnels, ce qui provoque des carences, une plus grande fragilité face aux infections et à la malnutrition. Par ailleurs, ce groupe d'âges correspond également au stade de développement où les enfants commencent à explorer leur environnement immédiat et à porter n'importe quel objet à leur bouche : ils sont ainsi particulièrement exposés aux agents pathogènes comme en dénote la très forte prévalence de la diarrhée dans ce groupe d'âges (voir Chapitre 8 - Santé de la mère et de l'enfant). Le fait qu'après le 2è anniversaire, les proportions d'enfants émaciés diminuent n'est pas nécessairement le signe d'une amélioration de l'état nutritionnel des enfants à partir de cet âge. Elle peut être aussi la conséquence d'une forte mortalité des enfants les plus atteints, seuls les enfants les moins touchés survivraient après leur 2è anniversaire.

On constate des variations de la prévalence de la malnutrition aiguë selon certaines caractéristiques socio-démographiques : les enfants vivant en rural, ceux dont la mère est sans instruction, ceux vivant dans les ménages les plus pauvres sont plus touchés par cette forme de malnutrition que les autres. Par ailleurs, aucune différence vraiment importante n'apparaît selon le sexe de l'enfant, le rang de naissance ou encore l'intervalle intergénésique. Par contre, la taille de l'enfant à la naissance semble être un facteur de risque important puisque 19 % des enfants perçus par la mère comme étant très petits sont atteints de malnutrition aiguë contre 13 % pour ceux considérés comme moyen ou très gros (graphique 9.4).

Graphique 9.4 **Pourcentage d'enfants de moins de 3 ans souffrant d'émaciation**



Insuffisance pondérale

Le tableau 9.14 présente enfin l'état nutritionnel des enfants mesuré au moyen de l'indice poids-pour-âge. Cet indice est un *indice combiné*, un faible poids-pour-âge pouvant être provoqué par la maigreur comme par le retard de croissance. Il traduit une insuffisance pondérale. Cet indice est celui qui est le plus souvent utilisé par les services de santé pour suivre les progrès nutritionnels et la croissance des enfants. Cependant, son utilisation reste limitée car il ne permet pas de distinguer entre les déficiences alimentaires de longue durée (retard de croissance) et celles qui sont récentes (émaciation). Comme le poids-pour-taille, cet indice est sensible aux variations saisonnières et sa valeur est limitée quand il n'existe qu'une seule mesure dans le temps. Il est présenté ici essentiellement pour permettre des comparaisons avec les résultats des études ou des suivis nutritionnels des enfants qui utilisent cette mesure. Les enfants dont le poids-pour-âge se situe à moins de deux écarts type en dessous de la médiane de la population de référence sont considérés comme souffrant *d'insuffisance pondérale ;* ceux se situant à moins de trois écarts type sont considérés comme souffrant *d'insuffisance pondérale sévère.*

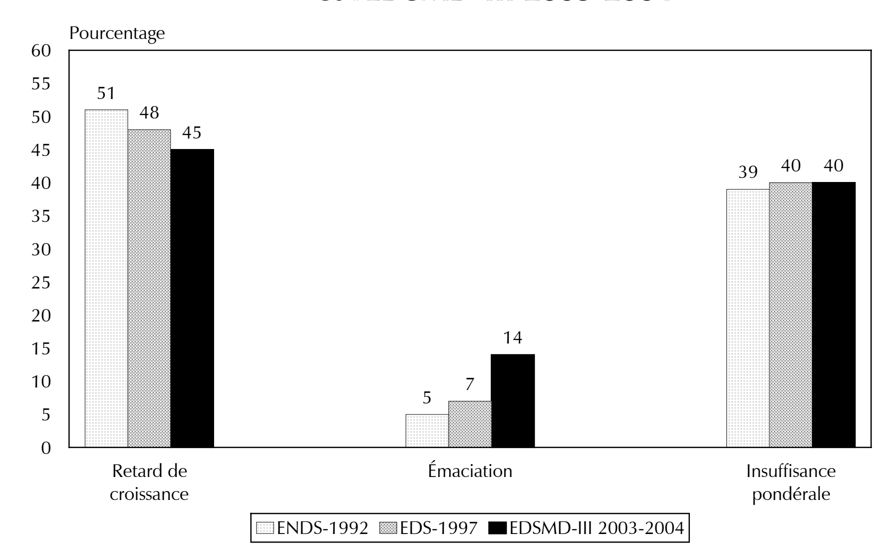
Deux enfants sur cinq (40 % souffrent d'insuffisance pondérale et 12 % d'insuffisance pondérale sévère. Une fois encore, ces proportions sont nettement supérieures à celles que l'on s'attend à trouver dans une population en bonne santé et bien nourrie (respectivement 2,3 % et 0,1 %). Cette forme de malnutrition touche plus fréquemment les enfants qui ne vivent pas avec leur mère que ceux dont la mère a été enquêtée dans le ménage (37 % contre 26 %).

On constate des disparités importantes du niveau de la prévalence en fonction des caractéristiques socio-démographiques. Les résultats selon l'âge (graphique 9.1) montrent que, comme pour les deux autres indices, cette forme de malnutrition déjà fréquente aux jeunes âges (7 % à moins de six mois) augmente très rapidement pour toucher près du tiers des enfants de 6-9 mois (32 %) (graphique 9.1) et la moitié d'entre eux à 10-24 mois (50 %). Cet indice confirme la précarité de l'état nutritionnel des enfants à l'âge du sevrage à Madagascar, d'autant plus qu'en général, l'alimentation de complément utilisée n'est pas très adéquate. Les enfants dont l'intervalle intergénésique est inférieur à 24 mois présentent plus fréquemment que les autres une insuffisance pondérale (47 % contre 36 % quand l'intervalle est de 48 mois ou plus). On constate qu'une petite taille à la naissance prédispose à souffrir d'insuffisance pondérale, 56 % des enfants de petite taille présentent cette forme de malnutrition contre 36 % de ceux qui étaient moyens ou gros. Les résultats selon le milieu de résidence laissent apparaître des écarts, les proportions d'enfants présentant une insuffisance pondérale étant beaucoup plus élevées en rural (41 %) que dans la capitale (29 %). Le niveau d'instruction de la mère influence la prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants, celle-ci variant de 45 % pour les enfants dont la mère n'a pas d'instruction à 32 % chez ceux dont la mère a un niveau secondaire ou plus. Enfin, dans les ménages les plus riches, 29 % des enfants présentent une insuffisance pondérale ; dans les ménages les plus pauvres, cette proportion est de 46 %.

Tendances de la malnutrition

Au graphique 9.5, figurent les niveaux de malnutrition des enfants de moins de trois ans d'après l'ENDS de 1992, l'EDS de 1997 et l'EDSMD-III. On constate que, par rapport à 1992 et 1997, les niveaux de malnutrition se sont légèrement modifiés à Madagascar. La prévalence du retard de croissance a baissé au cours de ces douze dernières années, passant de 51 % en 1992, à 45 % en 2003-2004. Celle de l'émaciation a par contre augmenté, passant de 5 % en 1992, à 7 % en 1997 puis 14 % en 2003-2004 ; et enfin on constate que le niveau de l'insuffisance pondérale est resté stable, 39 % en 1992 et 40 % en 1997 et en 2003-2004.

Graphique 9.5 **Tendances de la malnutrition (enfants de moins de 3 ans) selon l'ENDS 1992, l'EDS 1997, et l'EDSMD-III 2003-2004**



État nutritionnel des femmes

L'état nutritionnel de la mère a une influence sur la morbidité et la mortalité des enfants. En effet, il est conditionné par la balance énergétique, l'état de santé et le temps écoulé depuis la dernière naissance. Il joue un rôle important dans l'évolution et l'issue des grossesses. C'est un déterminant de la mortalité maternelle. Il y a un lien étroit entre le niveau de fécondité, la mortalité et l'état nutritionnel des femmes. Les femmes en âge de procréer constituent un groupe vulnérable à la malnutrition en raison des dépenses nutritionnelles liées à la grossesse et à la lactation. L'évaluation de l'état nutritionnel des femmes en âge de procréer est particulièrement utile car il permet d'identifier les groupes à haut risque. C'est un indicateur important de la santé des femmes.

L'indice de masse corporelle (IMC) ou indice de Quételet, calculé en divisant le poids en kilogramme par le carré de la taille en mètres (kg/m^2), a été utilisé pour évaluer la déficience énergétique chronique des femmes. Un IMC inférieur à 18,5 indique un état de maigreur. La classification de la déficience énergétique est la suivante :

- pour des IMC compris entre 17,0 et 18,4, on a une déficience énergétique de niveau I classée comme une forme de maigreur légère,
- ceux compris entre 16,0 et 17,0 sont des indices de niveau II classée comme une forme de maigreur modérée,
- ceux en dessous de 16 indiquent une déficience énergétique de niveau III, c'est-à-dire présentant une maigreur sévère.

Par contre, les femmes qui ont un IMC supérieur ou égal à 25 sont en état de surpoids. Elles accusent une surcharge pondérale quand leur IMC est compris entre 25,0 et 29,9 et peuvent être qualifiées d'obèses quand leur IMC est supérieur ou égal à 30.

Bien que la taille puisse varier dans les populations à cause de facteurs génétiques, elle reflète en partie l'effet du niveau socio-économique des femmes dans la mesure où une petite taille peut résulter d'une malnutrition chronique durant l'enfance. La taille des femmes est associée à la largeur du bassin ; les femmes de petites tailles courent des risques de mortalité maternelle plus importants car le bassin étroit peut gêner l'expulsion du fœtus. La taille critique se situe entre 140 à 150 cm. Une taille inférieure à 150 centimètres est considérée comme un facteur de risque obstétrical (WFPHA, 1983). La taille moyenne et le pourcentage des femmes dont la taille est inférieure à 145 cm sont présentés dans le tableau 9.15.

Tableau 9.15 État nutritionnel des femmes par caractéristiques socio-démographiques

Parmi les femmes de 15-49 ans, taille moyenne et pourcentages de celles dont la taille est inférieure à 145 centimètres, Indice de Masse Corporelle (IMC) moyen et pourcentages de celles ayant un niveau d'IMC particulier, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDSMD-III Madagascar 2003-2004

	Taille			IMC (kg/m²)									
Caractéristique	Taille moyenne en centimetres	Pourcentage en dessous de 145 cm	Effectif	Moyenne de l'IMC	18,5-24,9 (normal)	<18,5 (maigre)	17,0-18,4 (maigreur légère)	16,0-16,9 (maigreur modérée)	<16,0 (maigreur sévère)	≥25,0 (gros ou obèse)	25,0-29,9 (gros)	≥30,0 (obèse)	Effectif des femmes
Âge													
15-19	151,6	11,9	1 506	20,3	76,5	20,8	13,6	4,5	2,8	2,7	2,7	0,0	1 322
20-24	152,6	5,9	1 373	20,7	77,4	17,6	14,2	2,9	0,5	5,0	4,8	0,2	1 120
25-29	153,3	6,5	1 330	20,7	78,0	15,5	10,9	2,6	2,1	6,4	5,8	0,6	1 124
30-34	154,1	5,8	1 138	20,9	70,9	21,6	14,7	4,3	2,5	7,5	6,2	1,3	971
35-39	154,3	3,1	925	21,1	72,0	18,8	13,8	3,3	1,7	9,2	8,0	1,2	831
40-44	155,0	3,4	908	21,2	68,8	19,2	11,2	5,2	2,8	12,0	9,7	2,3	878
45-49	154,0	5,0	647	21,0	66,2	22,4	16,2	4,4	1,8	11,4	9,3	2,1	640
Milieu de résidence													
Capitale	154,1	3,5	457	21,9	79,2	8,6	6,3	1,5	0,8	12,2	9,8	2,4	425
Autres villes	154,2	5,6	1 475	21,4	70,3	17,0	12,0	3,4	1,6	12,8	10,2	2,5	1 345
Ensemble urbain	154,2	5,1	1 932	21,5	72,4	15,0	10,6	3,0	1,4	12,6	10,1	2,5	1 770
Rural	153,1	6,9	5 895	20,5	74,0	20,7	14,3	4,1	2,3	5,2	4,8	0,4	5 115
Province													
Antananarivo	153,2	4,8	2 631	21,2	77,9	14,5	10,8	2,6	1,2	7,6	6,9	0,7	2 361
Fianarantsoa	152,6	10,2	1 587	20,3	69,0	24,8	16,5	4,6	3,8	6,2	5,6	0,6	1 376
Toamasina	153,2	7,8	1 175	20,4	75,3	20,1	13,4	4,7	2,0	4,6	3,7	0,9	1 031
Mahajanga	153,6	5,8	969	20,8	76,9	16,4	12,0	3,6	0,8	6,7	5,0	1,7	848
Toliara	154,8	4,9	935	20,3	63,2	29,4	18,9	6,6	3,8	7,4	6,3	1,1	811
Antsiranana	153,9	4,9	531	21,9	73,5	12,5	10,3	1,6	0,6	13,9	11,7	2,3	457
Niveau d'instruction													
Aucun	153,0	7,6	1 707	19,9	68,9	27,7	18,2	6,2	3,3	3,3	2,7	0,6	1 467
Primaire/Alphabét.	152,9	7,6	3 701	20,5	74,9	19,9	14,4	3,9	1,7	5,2	4,7	0,5	3 208
Secondaire ou plus	154,3	4,0	2 419	21,7	74,9	12,6	8,7	2,2	1,7	12,5	10,7	1,8	2 210
Niveau de bien-être													
Le plus pauvre	152,8	9,8	1 669	19,9	69,5	27,6	17,6	6,2	3,7	3,0	2,7	0,3	1 421
Second	153,4	5,9	1 188	20,1	69,3	26,4	19,1	5,1	2,3	4,3	3,7	0,6	1 018
Moyen	152,7	7,4	1 444	20,4	75,0	20,4	12,3	5,5	2,5	4,6	4,3	0,3	1 231
Quatrième	153,5	5,9	1 512	21,0	74,9	18,0	14,9	1,8	1,3	7,1	6,3	0,9	1 358
Le plus riche	154,1	3,7	2 015	22,0	77,3	9,1	6,6	1,7	0,8	13,6	11,4	2,2	1 857
Ensemble	153,3	6,5	7 828	20,8	73,6	19,2	13,4	3,8	2,0	7,1	6,2	1,0	6 885

À partir des résultats du tableau 9.15, on constate qu'à Madagascar, la taille moyenne des femmes (153,3 centimètres) se situe donc au-dessus de l'intervalle mentionné. Cependant, 7 % des femmes ont une taille inférieure à 145 centimètres, considérée ici comme la taille limite critique. Les proportions de femmes dont la taille est en deçà de la limite critique varient assez peu. Tout au plus, peut-on souligner que les proportions de femmes dont la taille se situe en deçà de la limite critique sont, en proportion, plus nombreuses, en rural que dans la capitale (7 % contre 4 %), dans la province de Fianarantsoa (10 % contre une moyenne de 6 % ailleurs) et dans les ménages du quintile le plus pauvre (10 % contre 4 % dans le plus riche).Enfin, on peut noter que les femmes du milieu urbain (154,2 cm), de la province de Toliara (154,8 cm), celles ayant un niveau d'instruction secondaire (154,3 cm) et celles des ménages les plus riches (154,1 cm) sont, en moyenne, plus grandes que les autres catégories de femmes.

Le faible poids des femmes avant une grossesse est un facteur de risque important pour le déroulement et l'issue de la grossesse. Cependant, le poids étant très variable selon la taille, il est préférable d'utiliser un indicateur tenant compte de cette relation. L'indice de masse corporelle (IMC) ou encore indice de quételet, est le plus souvent utilisé pour exprimer la relation poids/taille : il permet de mettre en évidence le manque ou l'excès de poids en contrôlant la taille et, en outre, il présente l'avantage de ne pas nécessiter l'utilisation de tables de référence comme c'est le cas pour le poids-pour-taille. Les femmes dont l'IMC se situe à moins de 18,5 sont considérées comme atteintes de déficience énergétique chronique. À l'opposé, un IMC supérieur à 25 indique un surpoids. À Madagascar, une proportion très importante de femmes (19 %) se situent en deçà du seuil critique de 18,5 et sont donc atteintes de déficience énergétique chronique. Quatre pour cent des femmes ont un IMC compris entre 16,0 et 16,9 et présentent donc un état de maigreur modérée et dans 2 % des cas, les femmes accusent un état de maigreur sévère (IMC inférieur à 16,0). À l'opposé, 7 % des femmes ont un indice élevé (25 ou plus) et entrent sans équivoque dans la catégorie des surpoids. Dans un pour cent des cas, les femmes sont obèses. Les proportions de femmes atteintes de malnutrition énergétiques chronique varient de manière importante selon les caractéristiques socio-démographiques. Les résultats selon l'âge ne font pas apparaître d'écarts très importants ; cependant, on constate qu'environ une adolescente sur cinq présente un état de déficience énergétique chronique (21 %). De même, les femmes de 45-49 ans sont en proportion, un peu plus nombreuses à souffrir de malnutrition (22 %). Par ailleurs, la prévalence de la déficience énergétique chronique est plus élevée en rural qu'en urbain (21 % contre 15 % et 9 % dans la capitale) ; elle est environ deux fois plus élevée parmi les femmes sans instruction que parmi celles qui ont un niveau d'instruction secondaire (28 % contre 13 %). En fonction du quintile de bien-être, les résultats montrent que la prévalence de la malnutrition est trois fois plus élevée dans les ménages du quintile le plus pauvre par rapport au quintile le plus riche (28 % contre 9 %). Les résultats montrent également qu'en milieu urbain, 13 % des femmes ont un IMC élevé (supérieur à 25) et présentent donc une surcharge pondérale ; dans la province d'Antsiranana (14 %), parmi celles de niveau secondaire (13 %) et parmi celles des ménages du quintile le plus riche (14 %), environ une femme sur sept entre dans la catégorie des surpoids.

MORTALITÉ DES ENFANTS DE MOINS DE CINQ 10

Jeremiah M. SULLIVAN, Ann A. WAY, Shea O. RUTSTEIN, Mohamed AYAD, et Soumaïla MARIKO

Les niveaux, tendances et caractéristiques de la mortalité des enfants sont déterminés par les conditions sanitaires, environnementales, socio-économiques et culturelles de la population. Les résultats qui sont présentés dans ce chapitre seront utiles, non seulement aux chercheurs et spécialistes de la population, mais aussi à ceux qui s'intéressent à la mise en place des programmes de santé et de développement socio-économique. Il s'agit des niveaux, tendances et caractéristiques de la mortalité des enfants selon la résidence et l'instruction de la mère, le suivi des grossesses et l'assistance à l'accouchement, et selon d'autres caractéristiques du comportement reproductif.

Les taux de mortalité sont présentés sur la base des données non ajustées de l'enquête. Cependant, l'analyse des résultats fait apparaître des problèmes quant à la qualité des données, problèmes dont il faudra tenir compte lors de l'analyse des tendances et des différentiels présentés dans ce chapitre. Par ailleurs, étant donné que d'importantes améliorations ont été enregistrées dans les indicateurs d'espacement de naissances (chapitre 4), de contraception (chapitre 5), de santé, de vaccination et de nutrition (chapitres 8 et 9), il serait souhaitable de mener ultérieurement des études approfondies pour situer les problèmes détectés et mieux comprendre les niveaux et l'évolution de la mortalité des enfants à Madagascar.

10.1 MÉTHODOLOGIE ET QUALITÉ DES DONNÉES

10.1.1 Méthodologie

Les indicateurs de mortalité présentés dans ce chapitre sont calculés à partir d'informations sur l'historique des naissances recueillies dans le questionnaire femme. Au cours de l'enquête, l'enquêtrice enregistre toutes les naissances vivantes déclarées par la femme, en précisant le sexe, l'âge, l'état de survie, ainsi que l'âge au décès pour les enfants décédés (au jour près pour les décès de moins de un mois, au mois près pour ceux de moins de deux ans, et en années pour les décès survenus à deux ans ou plus).

Les informations recueillies dans l'historique des naissances, permettent de calculer les indicateurs suivants :

Quotient de mortalité néonatale (NN) : mesure, à la naissance, la probabilité de décéder avant d'atteindre un mois exact ;

Quotient de mortalité post-néonatale (PNN) : mesure, chez les enfants âgés d'un mois exact, la probabilité de décéder avant d'atteindre le douzième mois exact ;

Quotient de mortalité infantile ($_1q_0$) : mesure, à la naissance, la probabilité de décéder avant d'atteindre le premier anniversaire ;

Quotient de mortalité juvénile ($_4q_1$) : mesure, chez les enfants âgés d'un an exact, la probabilité de décéder avant le cinquième anniversaire ;

Quotient de mortalité infanto-juvénile ($_5q_0$) : mesure, à la naissance, la probabilité de décéder avant le cinquième anniversaire.

10.1.2 Évaluation de la qualité des données

La fiabilité des niveaux de mortalité estimés à partir de données d'enquête dépend de la variabilité de l'échantillonnage et des erreurs de mesure. La variabilité de l'échantillonnage (ou erreur de sondage) provient du fait que les données ont été collectées à partir d'un échantillon de ménages et non auprès de l'ensemble des ménages du pays. Les erreurs de sondage associées aux quotients de mortalité figurent en annexe B et il y est fait référence chaque fois que cela est nécessaire dans ce chapitre. Les erreurs de mesures proviennent essentiellement du degré d'exactitude avec laquelle les données ont été collectées auprès des enquêtés. Dans la suite de ce paragraphe, nous passerons en revue les principales erreurs de mesure, à savoir : les mauvaises déclarations des dates des évènements, les mauvaises déclarations des âges au décès et les sous déclarations d'enfants décédés.

Mauvaises déclarations des dates des évènements

Au cours de l'EDSMD-III, les données sur la santé maternelle et la santé de l'enfant ont été collectées pour toutes les naissances qui se sont produites en janvier 1998 et plus tard. Les enquêtes qui utilisent ainsi une date de référence pour la collecte des données sur la santé fournissent aux enquêteurs un motif pour enregistrer avant la date de référence la naissance de certains enfants qui sont, en fait, nés après cette date. En procédant ainsi, les enquêteurs évitent de poser les questions de la section santé du questionnaire. Par ailleurs, l'analyse des données de nombreuses enquêtes conduites dans le cadre du programme des Enquêtes Démographiques et de Santé indique que le déplacement des dates de naissance est généralement plus important pour les enfants décédés que pour les enfants survivants ; ces déplacements différentiels peuvent entraîner une sous-estimation des quotients de mortalité pour la période qui précède immédiatement l'enquête et une surestimation pour la période précédente (Sullivan et al., 1990 et Curtis, 1995).

Le tableau C.4 en annexe C présente la répartition des naissances enregistrées au cours de l'EDSM-III, par année de naissance, en distinguant les enfants survivants et décédés. Les enfants décédés, enregistrés comme étant les enfants nés avant l'enquête, sont au nombre de 298 pour la période 1998-2000, qui est 1,8 fois plus élevé que celui de la période 1995-97 (536). Cette différence met en évidence qu'une omission et/ou un transfert de dates de naissances d'enfants décédés s'est produit de la période 1998-2000 dans celle de 1995-97 au cours de l'EDSMD-III. Cependant, le biais dû à ces transferts dans l'estimation des niveaux de mortalité peut être évité en choisissant pour le calcul des quotients une période rétrospective plus longue incluant les années de calendrier au cours desquelles se sont produits ces transferts.

Mauvaises déclarations de l'âge au décès

Dans les enquêtes rétrospectives, lorsque les enquêtées sont autorisées à déclarer l'âge au décès en années révolues, il arrive qu'elles arrondissent l'âge au décès au nombre entier suivant : ainsi certains décès qui se sont produits avant le premier anniversaire de l'enfant sont déclarés comme s'étant produit à l'âge d'un an. Ces déclarations entraînent une sous-estimation de la mortalité infantile et une surestimation de la mortalité juvénile. Pour éviter ce biais, la procédure standard suivie dans le programme des Enquêtes Démographiques et de Santé consiste à collecter l'âge au décès en mois pour les

enfants qui sont décédés après le premier mois mais avant l'âge de deux ans. Si une enquêtée déclare un décès à l'âge d'un an, l'enquêtrice doit déterminer le nombre de mois que l'enfant a vécu, en faisant particulièrement attention à déterminer si l'enfant est décédé avant ou après son premier anniversaire. Cette façon de collecter les données est supposée réduire les mauvaises déclarations d'âge au décès et, s'il existe une attraction pour certains âges en mois, elle peut être facilement détectée à partir d'une simple distribution des décès en mois.

Le tableau C.6 en annexe C présente la distribution des décès déclarés par âge au décès en mois (de 0 à 23 mois) et le nombre de décès déclarés comme s'étant produits à l'âge d'un an (ceci n'étant pas une réponse acceptable selon la procédure des enquêtes EDS). Pour toute la période 0-14 ans précédant l'EDSMD-III, le nombre de décès déclarés à l'âge un an (195) excède de loin le nombre total de décès déclarés (65) au cours des mois 12 à 23 pour toutes les périodes : à partir de la distribution des décès par âge au décès en mois, il est donc impossible de déterminer s'il y a eu ou non mauvaise déclaration des âges au décès. Cependant, on peut évaluer dans quelle mesure, au cours de l'EDSMD-III, certains décès qui se sont produits en fin de première année ont été déclarés comme s'étant produits à un an, en comparant le ratio de la mortalité infantile à la mortalité juvénile de l'EDSMD-III au même ratio calculé pour l'EDS-97[1]. Cette comparaison met en évidence le même type de tendance par âge de la mortalité au cours de l'EDS de 1997 et de l'EDSMD-III : dans les deux enquêtes la mortalité infantile est supérieure dans la même proportion à la mortalité juvénile (d'environ 40 %)[2].

Sous déclaration des enfants décédés

Lorsque les décès sont sous-déclarés dans une enquête, les sous déclarations sont généralement plus importantes pour la période néonatale. Si le ratio des décès néonatals à l'ensemble des décès à moins d'un an est anormalement faible, cela indique une sous déclaration relativement importante des décès infantiles précoces. Le tableau C 6 en annexe C présente les valeurs de ce ratio pour la période des 15 années précédant l'EDSMD-III : le ratio est proche de 0,50 ce qui est acceptable compte tenu des niveaux de mortalité à Madagascar. De plus, ces ratios sont très légèrement plus élevés que ceux de l'EDS de 1997 (environ 0,45)[3].

L'analyse des distributions des décès au cours de l'enfance ne montre pas une évidence directe de la sous déclaration des décès néonatals relatifs aux décès infantiles au cours de l'EDSMD-III. Cependant, comme nous le verrons ultérieurement dans ce chapitre, il est possible qu'il y ait eu une sous estimation importante au niveau de l'ensemble des décès néonatals et infantiles.

10.2 NIVEAUX ET TENDANCES

Le tableau 10.1 présente les différents quotients de mortalité pour les cinq dernières années qui ont précédé l'enquête. Les niveaux sont calculés pour trois périodes quinquennales, 0-4 ans, 5-9 ans et 10-14 ans avant l'enquête, soit de 1989-90 à 1993-94, 1994-95 à 1998-99 et 1999-2000 à 2003-2004.

Pour la période 0-4 ans avant l'enquête (1999-2000 à 2003-2004), les résultats montrent que sur 1 000 naissances vivantes, 58 décèdent avant d'atteindre leur premier anniversaire (32 ‰ entre 0 et 1 mois exact et 26 ‰ entre 1 et 12 mois exact), et que sur 1 000 enfants âgés d'un an, 38 n'atteignent pas

---

[1] Le ratio de la mortalité infantile à la mortalité juvénile pour l'EDS-97 constitue une référence appropriée pour la comparaison dans la mesure où rien ne semble indiquer de mauvaises déclarations de l'âge au décès au cours de l'EDS-97.
[2] Calculé à partir des quotients présentés dans *Enquête Démographique et de Santé, Madagascar, 1997* (Tableau 7.1) et dans le tableau 10.1 de ce rapport.
[3] Voir *Enquête Démographique et de Santé, Madagascar, 1997* (Tableau C.6).

leur cinquième anniversaire. Le risque global de décès entre la naissance et le cinquième anniversaire est donc de 94 pour mille naissances, soit près d'un enfant sur dix.

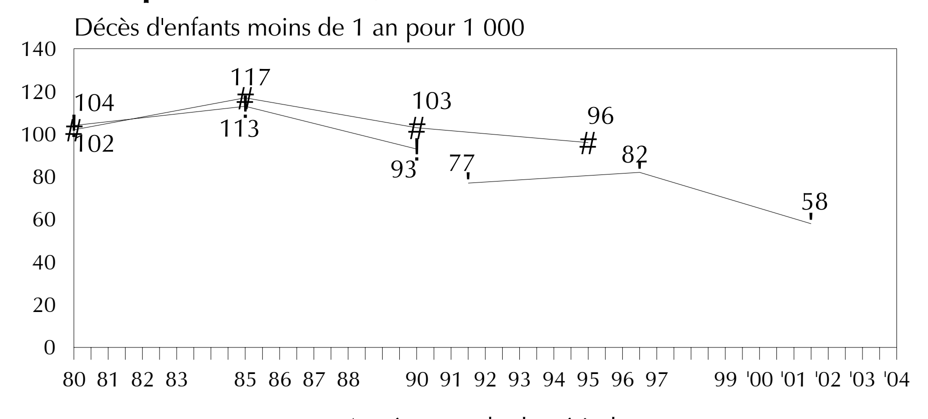
Les données du tableau 10.1 indiquent que les niveaux de la mortalité des enfants ont baissé à Madagascar au cours des dix dernières années. Cependant, les problèmes de transferts d'âges au décès et de sous déclaration rendent difficile l'interprétation des résultats.

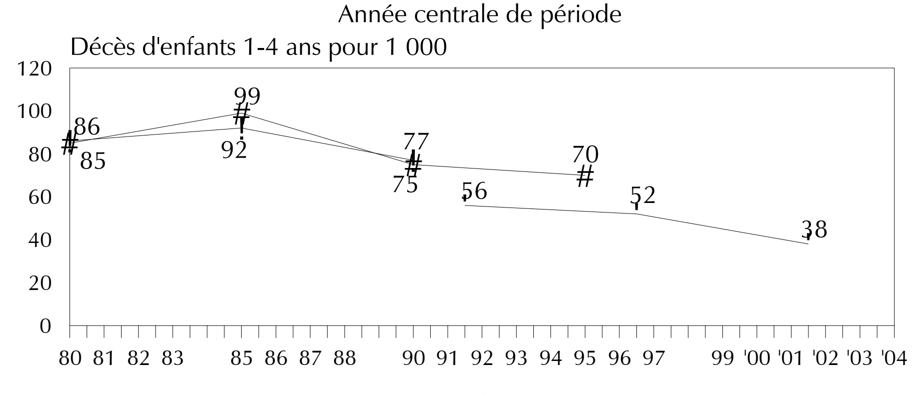
Tableau 10.1 Mortalité des enfants de moins de cinq ans

Quotient de mortalité néonatale, post-néonatale, infantile, juvénile et infanto-juvénile par périodes de cinq ans précédant l'enquête, EDSMD-III Madagascar 2003-2004

Nombre d'années précédant l'enquête	Mortalité néonatale (NN)	Mortalité post-néonatale (PNN)	Mortalité Infantile ($_1q_0$)	Mortalité juvénile ($_4q_1$)	Mortalité des moins de 5 ans ($_5q_0$)
0-4	31,6	26,2	57,8	38,3	93,9
5-9	36,6	45,0	81,5	52,3	129,5
10-14	39,6	37,5	77,1	56,3	129,0

Graphique 10.1 **Tendance de la mortalité infantile et juvénile par l'ENDS 1992, l'EDS 1997 et l'EDSMD 2003-2004**





Le graphique 10.1 présente les tendances de la mortalité infantile selon les données observées à l'ENDS-92, l'EDS-97 et l'EDSMD-III. Les quotients sont représentés pour les années centrales des périodes de référence auxquelles ils correspondent. Les quotients de l'ENDS-92 et de l'EDS-97 sont relativement cohérents. Les deux enquêtes indiquent une hausse de la mortalité infantile, passant d'environ 102 pour mille naissances vivantes (1980) à environ 115 ‰ (1985), puis une légère baisse de mortalité en 1990 (93 ‰ selon l'ENDS-92 et 103 ‰ selon l'EDS-97). Cette tendance à la baisse de la mortalité se poursuit ensuite et le quotient atteint 96 ‰ en 1995 (selon l'EDS-97).

Les quotients de mortalité infantile de l'EDSMD-III ne correspondent pas aux estimations des enquêtes précédentes. En particulier, pour des périodes comparables (la fin des années 1980 et le début des années 1990), les quotients de l'EDSMD-III sont plus faibles de 20 % à 25 % que ceux de l'ENDS-92 et de l'EDS-97. Ces différences suggèrent que soit le niveau de la mortalité était particulièrement trop élevé dans la période de l'EDS-97 (1993-1997), soit que les résultats de l'EDSMD-III sont sous-estimés, soit une combinaison des deux. Cependant, le fait que les quotients des deux enquêtes précédentes ENDS-92 et EDS-97 sont similaires autour des années 1990 tend à indiquer une sous estimation pour cette période par l'EDSMD-III.

Le graphique 10.1 présente les tendances de la mortalité juvénile selon les données observées à l'ENDS-92, l'EDS-97 et l'EDSMD-III. Là encore, les quotients de mortalité juvénile de l'ENDS-92 et de l'EDS-97 sont relativement cohérents. Cependant les quotients de l'EDSMD-III sont environ 20 % plus faibles pour les périodes correspondantes aux deux précédentes enquêtes (ENDS-92 et EDS-97). Là encore, ceci semble indiquer une sous déclaration des évènements pour ces périodes antérieures autour de 1990 par l'EDSMD-III.

Les différences de niveau de mortalité entre les deux enquêtes précédentes ENDS-92 et EDS-97, et l'EDSMD-III mettent en évidence un problème de complétude de déclaration des évènements au cours de l'EDSMD-III pour les périodes similaires couvertes par les deux précédentes enquêtes. En particulier, ces sous estimations, dues aux omission et aux transferts d'âges au décès au cours de l'EDSMD-III pour les périodes antérieures 1989-1993 pourraient signifier des biais de rappel de mémoire plus importants au cours de l'EDSMD-III de 2003-2004 que dans les deux précédentes enquêtes. Bien que cela rende suspect les niveaux de mortalité de l'EDSMD-III, rien ne semble indiquer que les sous déclarations dues aux biais de rappel de mémoire se soient produites de façon différente au cours des différentes périodes de référence. Par conséquent, il semble plausible que la tendance à la baisse de la mortalité mise en évidence par les niveaux de mortalité estimés pour les périodes 0-4 ans avant l'enquête reflète une part réelle d'amélioration de la survie des enfants au cours des cinq années précédant l'EDSMD-III.

10.3 MORTALITÉ DIFFÉRENTIELLE

Les tableaux 10.2 et 10.3 présentent les différents quotients de mortalité des enfants selon certaines caractéristiques socio-démographiques de la mère et de l'enfant pour la période de dix années précédant l'enquête (1994-95 à 2003-2004). Une période de dix ans ou plus est nécessaire pour disposer d'un effectif d'événements statistiquement suffisant pour le calcul des probabilités dans chaque sous-groupe de population retenu. Encore une fois les sous estimations et les transferts d'âges au décès déjà mentionnés, peuvent varier d'une sous population à l'autre, ce qui pourrait avoir un impact sur la mortalité différentielle observée. Par conséquent, la mortalité différentielle doit être interprétée avec prudence.

Différentiels socio-économiques

Les résultats du tableau 10.2 montrent que la mortalité infantile est nettement plus faible en milieu urbain (43 ‰) qu'en milieu rural (76 ‰). Ces écarts de mortalité selon le milieu de résidence

persistent également après un an : sur 1 000 enfants survivants au premier anniversaire, 32 décèdent en milieu urbain ; en milieu rural, ce quotient est de 48 ‰ pour mille; de plus la mortalité juvénile est nettement plus faible dans la capitale (17 ‰) que dans les autres villes (36 ‰). Globalement, le niveau de la mortalité infanto-juvénile est de 64 % plus élevé en milieu rural (120 ‰) qu'en milieu urbain (73 ‰).

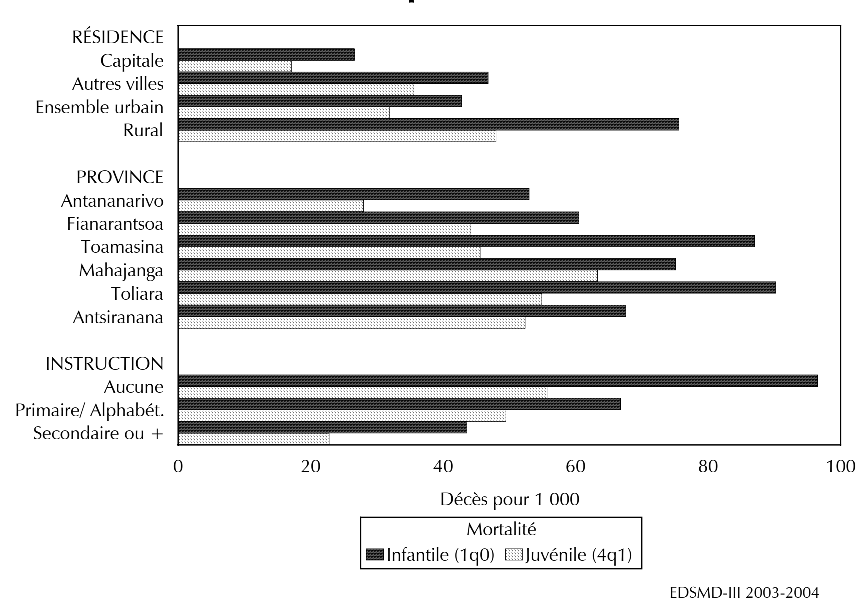
Le niveau de mortalité des jeunes enfants varie de manière assez importante d'une province à une autre. Le niveau de mortalité infantile varie pratiquement du simple au double, d'un minimum de 53 ‰ dans la province d'Antananarivo à un maximum de 90 ‰ dans celle de Toliara. En ce qui concerne la mortalité juvénile, son niveau varie encore plus, de 28 ‰ dans la province d'Antananarivo à 63 ‰ dans celle de Mahajanga. Globalement, c'est dans la province d'Antananarivo (80 ‰) que la mortalité infanto-juvénile est la plus faible et dans celle de Toliara qu'elle est la plus élevée (140 ‰).

Tableau 10.2 Mortalité des enfants par caractéristiques socio-démographiques

Quotient de mortalité néonatale, post-néonatale, infantile, juvénile et infanto-juvénile pour la période de 10 ans précédant l'enquête par certaines caractéristiques socio-démographiques de la mère, EDSMD-III, Madagascar 2003-2004

Caractéristique	Mortalité néonatale (NN)	Mortalité post-néonatale (PNN)	Mortalité infantile ($_1q_0$)	Mortalité juvénile ($_4q_1$)	Mortalité des moins de 5 ans ($_5q_0$)
Milieu de résidence					
Capitale	17,7	8,9	26,6	17,1	43,2
Autres villes	23,1	23,6	46,8	35,6	80,7
Ensemble urbain	22,1	20,8	42,8	31,9	73,3
Rural	36,7	38,9	75,6	48,0	120,0
Province					
Antananarivo	27,2	25,8	53,0	28,0	79,6
Fianarantsoa	27,4	33,2	60,5	44,2	102,1
Toamasina	45,2	41,8	87,0	45,6	128,6
Mahajanga	39,4	35,7	75,1	63,3	133,7
Toliara	43,2	47,1	90,2	54,9	140,2
Antsiranana	25,2	42,4	67,6	52,4	116,5
Niveau d'instruction					
Aucun	45,2	51,3	96,5	55,7	146,9
Primaire/ Alphabét.	32,9	33,9	66,8	49,5	113,0
Secondaire ou plus	23,2	20,5	43,6	22,8	65,4
Quintile de bien-être					
Le plus pauvre	43,1	43,7	86,7	60,3	141,8
Second	35,6	55,0	90,7	62,3	147,4
Moyen	32,2	33,3	65,5	37,4	100,5
Quatrième	32,5	22,2	54,7	37,1	89,7
Le plus riche	19,0	13,9	32,9	17,1	49,4

Graphique 10.2 Mortalité infantile et juvénile selon les caractéristiques de la mère



Par ailleurs, on constate également des variations importantes des niveaux de mortalité selon le niveau d'instruction de la mère : pour la période de dix ans (1994-95 à 2003-2004), la mortalité infantile varie d'un minimum de 44 ‰ chez les enfants dont la mère a un niveau d'instruction secondaire ou plus à un maximum de 97 ‰ chez ceux dont la mère n'a aucune instruction. Lors de la précédente enquête EDS-97, on avait enregistré les mêmes variations selon le niveau d'instruction. Pour la mortalité juvénile, les variations selon le niveau d'instruction de la mère suivent le même schéma que pour la mortalité infantile, mais les écarts sont beaucoup moins importants, les taux variant d'un minimum de 23 ‰ (instruction secondaire ou plus) à un maximum de 56 ‰ (sans instruction).

Les résultats montrent également que le statut socio-économique du ménage influence le risque de décéder puisque, quelle que soit la composante de la mortalité, les niveaux sont nettement plus élevés pour les enfants vivants dans les ménages les plus pauvres (premier quintile) que pour ceux des ménages les plus riches (cinquième quintile).

Différentiels démographiques

Le tableau 10.3 et le graphique 10.3 présentent les quotients de mortalité pour la période de dix années précédant l'enquête selon certaines caractéristiques des enfants. Pour l'ensemble de la mortalité, à l'exception de la mortalité post-néonatale, les enfants de sexe masculin présentent, comme dans la majorité des populations, un risque de mortalité légèrement plus élevé que celui des enfants de sexe féminin : au cours de leur premier mois d'existence, 41 naissances vivantes masculines sur mille décèdent contre 27 chez les filles. Le taux de mortalité infantile s'établit à 75 ‰ pour les garçons contre 64 ‰ pour les filles; entre la naissance et le cinquième anniversaire, on constate que 117 naissances vivantes masculines sur mille décèdent contre 106 sur mille naissances chez les filles.

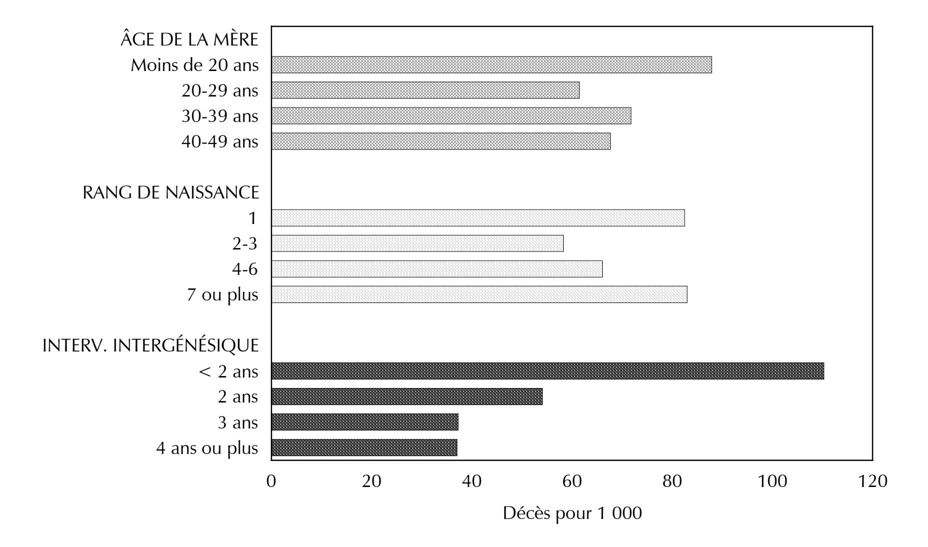
Tableau 10.3 Mortalité des enfants par caractéristiques socio-démographiques de la mère et des enfants

Quotient de mortalité néonatale, post-néonatale, infantile, juvénile et infanto-juvénile pour la période de 10 ans précédant l'enquête par certaines caractéristiques socio-démographiques de la mère et des enfants, EDSMD-III Madagascar 2003-2004

Caractéristique	Mortalité néonatale (NN)	Mortalité post-néonatale (PNN)	Mortalité Infantile ($_1q_0$)	Mortalité juvénile ($_4q_1$)	Mortalité des moins de 5ans ($_5q_0$)
Sexe de l'enfant					
Masculin	41,3	34,0	75,3	44,6	116,5
Féminin	26,7	37,1	63,8	45,2	106,1
Âge des mères à la naissance					
<20	48,8	39,0	87,9	48,8	132,4
20-29	29,5	32,0	61,5	48,0	106,6
30-39	29,9	41,9	71,8	36,6	105,7
40-49	50,3	17,4	67,7	43,1	107,9
Rang de naissance					
1	47,6	34,8	82,5	42,2	121,2
2-3	25,8	32,4	58,3	38,1	94,2
4-6	32,6	33,5	66,1	55,8	118,2
7+	35,2	47,8	83,0	45,3	124,6
Intervalle de naissance précédent					
<2 années	52,6	57,7	110,3	68,6	171,3
2 années	24,3	29,8	54,1	42,8	94,5
3 années	12,5	24,8	37,3	28,8	65,0
4+ années	19,6	17,5	37,1	22,6	58,9
Taille de la naissance[1]					
Petit ou très petit	41,0	36,2	77,2	na	na
Moyen ou gros	22,3	23,0	45,4	na	na

[1] Quotients pour la période de cinq ans précédant l'enquête
na = Non applicable

Graphique 10.3 Mortalité infantile et caractéristiques des naissances



Les caractéristiques suivantes concernent le comportement procréateur des mères : l'âge de la mère à la naissance de l'enfant, le rang de naissance de l’enfant et le temps écoulé entre la naissance de l’enfant précédant et celle de l’enfant actuel. Les données du tableau 10.3 présentent les variations de la mortalité des enfants selon chacune des trois caractéristiques.

Il est souhaitable, pour la santé de la mère et de l’enfant, que les naissances soient au moins espacées de 2 ans et également qu’elles n’aient pas lieu à un âge précoce (avant 20 ans), ou tardif (après 40 ans). En effet, les enfants dont l’intervalle avec la naissance précédente est inférieur à 2 ans et/ou ceux dont la mère a moins de 20 ans et plus de 35 ans courent des risques de décéder très largement supérieurs aux autres. Pour l’ensemble de la mortalité infanto-juvénile, par exemple, un enfant né à moins de deux ans après l’enfant précédent, court un risque de mourir avant son cinquième anniversaire de 171 ‰ alors que celui dont la mère a observé un espacement de deux ans court un risque de 95 ‰, et de 65 ‰ lorsque l’espacement est de trois ans, soit un risque de mortalité 2,6 fois plus élevé entre un espacement de moins de deux ans et un espacement de trois ans. Quant à la mortalité infantile, le risque de décès est de 3 fois plus élevé pour les enfants nés à moins de deux ans d’intervalle par rapport à ceux nés après trois ans (110 ‰ contre 37 ‰).

En ce qui concerne l’âge de la mère au moment de l’accouchement, on constate que les enfants nés d’une mère âgée de moins de vingt ans courent un risque de mourir avant le premier anniversaire supérieur de 43 % par rapport à ceux dont la mère a 20-29 ans au moment de la naissance (88 ‰ contre 62 ‰). Par ailleurs, on remarque au tableau 10.3 que les naissances de rang supérieur à 6 courent des risques de mortalité infantile nettement plus élevés que ceux des naissances de rang inférieur, en particulier celles de rangs 2-3 (83 ‰ contre 58 ‰).

La mortalité différentielle selon ces trois caractéristiques met en évidence les risques importants que fait courir aux enfants une fécondité élevée, caractérisée par des naissances précoces, des rangs élevés et des intervalles intergénésiques très courts.

On relève enfin que les bébés petits ou très petits à la naissance (y compris éventuellement les prématurés) ont une mortalité néonatale deux fois plus élevée que les bébés moyens ou gros (41 ‰ contre 22 ‰). L’écart est de 57 % pour la mortalité post-néonatale (36 ‰ contre 23 ‰). Il convient de rappeler que le poids d’un enfant à la naissance est largement déterminé par l’état de santé, de maturité biologique et l’état nutritionnel de la mère au cours de la grossesse. C’est ainsi que les grossesses peu espacées et/ou trop répétées, ainsi que celles qui sont précoces sont considérées comme favorisant la naissance d’un enfant de faible poids.

10.4 GROUPES À HAUT RISQUE

Le tableau 10.4 présente une classification des naissances des cinq dernières années selon les catégories à haut risque auxquelles elles correspondent :

- les naissances de rang 1 qui présentent un risque élevé de mortalité, mais qui sont inévitables sauf lorsqu'elles sont issues de jeunes mères (âgées de moins de 18 ans). On a donc isolé les naissances de rang 1 et de mères de 18 ans ou plus ;

- les naissances issues de mères appartenant à une seule catégorie à haut risque : âge de procréation précoce (moins de 18 ans) ou tardif (35 ans ou plus), intervalle intergénésique court (moins de 24 mois) et rang élevé de naissance (supérieur à 4) ;

- les naissances correspondant à une combinaison de catégories de risque selon l'âge de la mère à la naissance, l'intervalle intergénésique et le rang de naissance ;

- enfin, les naissances ne correspondant à aucune catégorie à haut risque définie ci-dessus.

Tableau 10.4 Comportement procréateur à hauts risques

Répartition (en %) des enfants nés au cours des cinq années ayant précédé l'enquête, rapport de risque, et répartition (en %) des femmes actuellement en union à risque de concevoir un enfant à hauts risques de mortalité selon les catégories à hauts risques de mortalité, EDSMD-III Madagascar 2003-2004

	Naissances des 5 années précédant l'enquête		Pourcentage de femmes actuellement en union[1]
Catégories à hauts risques	Pourcentage de naissances	Rapport de risque	
Ne se trouve dans aucune catégorie de haut risque	32,5	1,00	25,6[a]
Catégorie à risque inévitable			
Naissances de premier rang entre 18 et 34 ans	15,0	1,44	5,5
Catégorie unique particulière de haut risque			
Age des mères <18	8,8	1,81	1,4
Age des mères >34	2,4	1,71	11,1
Intervalle intergénésique <24 mois	9,3	1,85	11,8
Rang de naissance >4	13,5	1,06	8,9
Sous total	34,1	1,52	33,2
Catégorie à plusieurs hauts risques			
Age <18 & Intervalle intergénésique <24 mois	1,0	2,28	0,5
Age >34 & Intervalle intergénésique <24	0,2	*	0,5
Age >34 & Rang de naissance >4	9,5	1,28	21,7
Age >34 & Intervalle intergénésique <24 mois et rang >4	2,6	2,20	5,0
Intervalle intergénésique <24 mois et rang de naissance >4	5,3	2,81	7,8
Sous total	18,5	1,89	35,6
Dans une catégorie à haut risque évitable	52,5	1,65	68,8
Total	100,0	-	100,0
Nombre de naissances	6 284	-	5 140

Note : Le rapport de risque est le rapport de la proportion d'enfants décédés dans les 5 dernières années dans chaque catégorie à risque, à la proportion d'enfants décédés dans aucune catégorie à haut risque.

[1] Les femmes sont classées dans les catégories à hauts risques selon le statut qu'elles auraient à la naissance de l'enfant, si l'enfant était conçu au moment de l'enquête : âge inférieur à 17 ans et 3 mois ou plus âgé que 34 ans et 2 mois, la dernière naissance a eu lieu dans les 15 derniers mois, et la dernière naissance était de rang 6 ou plus.

[a] Y compris les femmes stérilisées

* Basés sur peu de cas non pondérés.

Il ressort du tableau 10.4 que 33 % des naissances des cinq années ayant précédé l'enquête ne correspondent à aucune catégorie à haut risque identifié, 15 % sont à risques élevés inévitables parce qu'elles sont de rang 1, 34 % sont à haut risque unique particulier et 19 % sont à haut risque multiple. Pour évaluer le risque supplémentaire de décéder que font courir aux enfants certains comportements procréateurs des mères, des « rapports de risque » ont été calculés, en prenant comme référence les

naissances n'appartenant à aucune catégorie à haut risque. Le rapport de risque est donc le rapport de la proportion d'enfants décédés dans chaque catégorie à haut risque, à la proportion d'enfants décédés dans la catégorie sans risque.

Les naissances de rang 1 ne sont pas évitables mais, même lorsqu'elles n'interviennent pas à un âge trop précoce ou trop tardif, c'est-à-dire avant 18 ans ou après 34 ans, elles apparaissent ici comme étant des naissances à risque. Dans le cas spécifique de Madagascar, ces naissances présentent un risque de décéder 1,44 fois plus élevé que celui de la catégorie de référence constituée par les enfants n'appartenant à aucun des risques considérés.

Un enfant appartenant à une catégorie quelconque à haut risque unique (non compris les enfants de rang 1 et de mère de 18-34 ans) court un risque de décéder 1,52 fois supérieur à un enfant n'appartenant à aucune catégorie à haut risque. Il apparaît que les naissances qui interviennent à un âge précoce et à un âge tardif présentent un risque de décéder respectivement de 1,81 et 1,71 fois plus élevé que la catégorie de référence. On constate aussi qu'un intervalle intergénésique court est un facteur de risque élevé puisqu'un enfant, né après son aîné dans un intervalle inférieur à moins de 24 mois, court un risque de décéder 1,85 fois plus important que la catégorie de référence. Ce sont les enfants appartenant à la catégorie de haut risque multiple qui sont les plus exposés, puisque leur risque de décéder est 1,89 fois plus élevé que celle des enfants n'appartenant à aucune catégorie de risque. Les enfants de rang supérieur à 4 et dont l'intervalle avec l'enfant précédent est inférieur à 24 mois sont particulièrement exposés (risque de décéder 2,81 fois plus élevé que la catégorie de référence).

Ces résultats montrent qu'un meilleur espacement des naissances n'a pas pour seul résultat la réduction du nombre de naissances chez une femme, mais aussi une amélioration considérable des chances de survie des enfants.

À partir de cette analyse du comportement procréateur à haut risque, on a essayé de déterminer la proportion de femmes actuellement en union qui, potentiellement, pourraient avoir un tel comportement. Pour cela, à partir de l'âge actuel des femmes, de l'intervalle écoulé depuis leur dernière naissance et du rang de leur dernière naissance, on détermine dans quelle catégorie se situerait la prochaine naissance, si chaque femme concevait un enfant au moment de l'enquête. Il s'agit donc d'une simulation ayant pour objectif de déterminer quelles proportions des futures naissances entreraient dans les catégories à risque, en l'absence de tout comportement régulateur de la fécondité. Il apparaît (tableau 10.4) que seulement 26 % des enfants à naître seraient alors des enfants n'appartenant à aucune catégorie à haut risque alors que 69 % appartiendraient à une catégorie à haut risque. Cette proportion d'enfants (69 %) qui, en l'absence de toute régulation des naissances, naîtraient dans des conditions à haut risque de mortalité de 1,31 fois supérieure à celle des enfants déjà nés (53 %). Cette analyse succincte démontre une fois de plus la nécessité de mettre en place des mécanismes régulateurs de la fécondité dans le but de réduire les hauts risques de mortalité encourus par les jeunes enfants malgaches.

MORTALITÉ MATERNELLE 11

Soumaïla MARIKO

11.1 INTRODUCTION

Le taux de mortalité maternelle est de nos jours une mesure importante du développement humain et social. C'est un indicateur particulièrement important de l'accès des femmes aux soins de santé et de la façon dont le système de santé répond à leurs besoins. Il est donc important de pouvoir disposer d'informations sur les niveaux de la mortalité maternelle, non seulement parce qu'elles nous informent sur les risques liés à la grossesse et à l'accouchement, mais aussi parce qu'elles nous renseignent sur la santé des femmes, en général, et indirectement, sur leur situation économique et sociale. Dans ce cadre, la mesure de la mortalité maternelle et des facteurs de risque qui lui sont liés est nécessaire tant pour le diagnostic d'une situation que pour le suivi et l'évaluation des programmes qui seront mis en place.

L'EDSMD-III a collecté des données permettant d'estimer le niveau de la mortalité maternelle en utilisant des méthodes d'estimation directe et indirecte (Graham et al., 1989 ; Rutenberg et al., 1990). Ces estimations se font à partir de données sur la survie des sœurs des enquêtées. Pour chacune des sœurs de l'enquêtée, on a collecté des renseignements concernant son âge actuel ; son état de survie, l'âge au décès et le nombre d'années écoulées depuis le décès. À propos des sœurs décédées, des questions supplémentaires ont été posées pour déterminer si le décès était en rapport avec la maternité, c'est-à-dire si le décès était survenu pendant la grossesse, durant l'accouchement ou dans les deux mois qui ont suivi l'accouchement ou la fin de la grossesse.

La méthode directe d'estimation de la mortalité maternelle requiert des données sur l'âge des sœurs survivantes et, pour les sœurs décédées, l'âge au décès et le nombre d'années écoulées depuis le décès. Pour obtenir des périodes de référence bien définies, les données sont agrégées pour déterminer le nombre de personnes-années d'exposition à la mortalité et le nombre de décès maternels survenus dans chaque période de référence. Les taux de mortalité maternelle sont alors directement estimés en divisant le nombre de décès par le nombre de personnes-années soumises à l'exposition. Le résultat de ce calcul donne la proportion de sœurs, parmi toutes les sœurs de l'enquêtée, qui sont décédées de causes dues à la maternité. C'est une estimation non biaisée de la probabilité de décéder de cause maternelle, pourvu que le risque de décès soit identique pour toutes les sœurs (Trussel et Rodriguez, 1990).

La méthode indirecte d'estimation de la mortalité maternelle ne requiert aucune information sur l'âge au décès maternel et sur le nombre d'années écoulées depuis le décès maternel de la sœur. Cette méthode estime le risque, pour toutes les sœurs, de décéder pour causes maternelles sur la durée de la période de procréation. Etant donné que les estimations se réfèrent à la durée de vie des sœurs des enquêtées, elles ne s'appliquent pas à une période de temps bien délimitée, mais elles sont le reflet des conditions de mortalité qui correspondent à une période dont le milieu se situerait, approximativement, 12 ans avant l'enquête.

11.2 COLLECTE DES DONNÉES

Le questionnaire utilisé pour la collecte des données sur la mortalité maternelle est présenté en annexe E (Section 10 du questionnaire individuel). En premier lieu, on a demandé à la femme enquêtée la liste de tous ses frères et sœurs, c'est-à-dire tous les enfants que sa mère a mis au monde, en commençant par le premier-né. Ensuite, on a demandé à l'enquêtée l'état de survie de ses frères et sœurs, et pour ceux qui sont encore en vie, on lui a demandé leur âge actuel. Pour ceux qui sont décédés, on s'est

informé sur le nombre d'années écoulées depuis le décès et sur l'âge au décès. Dans le cas où des réponses précises aux âges ou au nombre d'années écoulées depuis le décès ne pouvaient être obtenues, les enquêtrices étaient autorisées à accepter des réponses approximatives.

Pour les sœurs décédées á l'âge de 12 ans ou plus, on a posé à la femme d'autres questions pour déterminer si le décès était en rapport avec la maternité :

- *Est-ce que (NOM) était enceinte quand elle est décédée ?* Si la réponse est non ou ne sait pas, on a posé la question suivante :

- *Est-ce que (NOM) est décédée au cours d'un accouchement ?* Dans le cas d'une réponse négative, on demandait alors :

- *Est-ce que (NOM) est décédée dans les deux mois suivant la fin d'une grossesse ou d'un accouchement ?*

Ces questions sont structurées pour encourager l'enquêtée à déclarer tout décès ayant suivi une grossesse, quelle qu'en soit l'issue et, en particulier, une grossesse ayant donné lieu à un avortement provoqué, alors qu'on ne posait pas de questions directes à propos de ce type d'événement. L'ensemble de ces décès sont considérés comme étant des décès maternels.

11.3 ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DES DONNÉES

Que l'on utilise la méthode directe ou indirecte, l'estimation de la mortalité maternelle nécessite des données exactes sur le nombre de sœurs de l'enquêtée, le nombre de celles qui sont décédées et le nombre de celles dont le décès est lié à la maternité. Il n'existe pas de procédure clairement définie pour établir la complétude des données recueillies par une enquête ménage rétrospective sur la survie des sœurs. L'estimation directe requiert, en plus de données exactes sur la survie des sœurs, des données sur l'âge et sur le nombre d'années écoulées depuis le décès des sœurs—informations qui peuvent embarrasser les enquêtées ou qui demandent des précisions que les enquêtés ne connaissent pas. Le nombre de frères et sœurs déclaré par l'enquêtée, et la complétude des données déclarées sur l'âge, l'âge au décès et le nombre d'années écoulées depuis le décès sont présentés au tableau 11.1.

Des données complètes ont été obtenues pour presque toutes les sœurs, quel que soit leur état de survie. Un âge a été déclaré pour la presque totalité des sœurs survivantes (98 %) ; un âge au décès ainsi que le nombre d'années écoulées depuis le décès ont été déclarés pour 94 % des sœurs décédées. Ces pourcentages font apparaître une bonne qualité des données. Plutôt que d'exclure des analyses suivantes les frères et sœurs pour lesquels certaines données sont manquantes, on a utilisé les informations concernant le rang de naissance des frères et sœurs en conjonction avec d'autres informations pour imputer une valeur aux données manquantes[1]. Les données sur la survie des frères et sœurs, y compris les

[1] L'imputation est basée sur l'hypothèse selon laquelle l'ordre des frères et sœurs est correct. Premièrement, on a calculé une date de naissance pour chaque frère et sœur survivant dont on connaît l'âge, et pour chaque frère et sœur décédé pour lesquels on avait des informations complètes sur l'âge au décès et sur le nombre d'années écoulées depuis le décès. Pour les frères et sœurs pour lesquels ces données sont manquantes, on a imputé une date de naissance à l'intérieur de l'intervalle délimité par les dates de naissances des frères et sœurs <<encadrants>>. Pour les frères et sœurs survivants, on a calculé un âge à partir de la date de naissance imputée. Dans le cas de frères et sœurs décédés, si l'on disposait soit de l'âge au décès, soit du nombre d'années écoulées depuis le décès, cette information a été combinée avec la date de naissance attribuée pour fournir l'information manquante. Si aucune des deux informations n'était disponible, la distribution de l'âge au décès des frères et sœurs dont on connaissait seulement l'âge au décès mais pas le nombre d'années écoulées depuis le décès a été utilisée comme base pour l'imputation de l'âge au décès.

cas avec des valeurs imputées, ont été utilisées dans le calcul direct des taux de mortalité des adultes et des taux de mortalité pour cause maternelle.

Le nombre d'informations manquantes en ce qui concerne les dates n'est qu'un indicateur de la qualité d'ensemble des données. La complétude des informations de base, à savoir l'omission possible de frères ou de sœurs, est beaucoup plus importante. Le tableau 11.2 présente différents tests permettant d'évaluer cette complétude. Tout d'abord, on s'attend à ce que, en moyenne, la date de naissance des enquêtées se situe au milieu des dates de naissance de sa fratrie. Si l'année de naissance médiane des frères et sœurs est beaucoup plus tardive que celle des enquêtées, cela signifierait que les enquêtées ont systématiquement omis des frères et sœurs plus âgés, peut-être parce que certains d'entre eux étaient décédés avant qu'ils/elles ne soient nées. De telles omissions affecteraient l'estimation de la mortalité des adultes. Dans le cas de Madagascar, l'année médiane de naissance des frères et sœurs est égale à celle des enquêtées, soit 1975[2], ce qui signifierait qu'apparemment, il n'y a pas eu de sous-déclaration des frères et sœurs par les enquêtées. Du point de vue de la mesure de la mortalité maternelle, que tous les frères et sœurs soient déclarés ou non n'est pas le plus important. Par contre, il est crucial que les données soient aussi complètes que possible sur les sujets soumis au risque de mortalité maternelle, à savoir les sœurs en âge de procréation.

Tableau 11.1 Complétude de l'information sur les frères et soeurs

Effectif des frères et sœurs déclarés par les enquêtées et complétude des données déclarées concernant l'état de survie, l'âge au décès et le nombre d'années écoulées depuis le décès, EDSMD-III Madagascar 2003-2004

Frères et sœurs selon différentes variables	Soeurs		Frères		Ensemble	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Ensemble des frères et sœurs	**21 306**	**100,0**	**22 037**	**100,0**	**43 343**	**100,0**
Survivants	19 389	91,0	19 972	90,6	39 360	90,8
Décédés	1 910	9,0	2 060	9,3	3 971	9,2
ND/Manquant	7	0,0	5	0,0	12	0,0
Ensemble des survivants	**19 389**	**100,0**	**19 972**	**100,0**	**39 360**	**100,0**
Âge déclaré	18 987	97,9	19 504	97,7	38 491	97,8
ND/Manquant	401	2,1	468	2,3	869	2,2
Ensemble des décédés	**1 910**	**100,0**	**2 060**	**100,0**	**3 971**	**100,0**
Âge et nombre d'années déclarés	1 791	93,8	1 957	95,0	3 748	94,4
Âge au décès manquant	70	3,7	62	3,0	132	3,3
Nombre d'années manquantes	9	0,5	21	1,0	30	0,7
Âge et nombre d'années manquants	41	2,1	20	1,0	61	1,5

Deux autres tests, le rapport de masculinité à la naissance et la taille moyenne de la fratrie, peuvent être utilisés pour évaluer la complétude de l'enregistrement des frères et sœurs. Les résultats figurent au tableau 11.2.

Pour l'ensemble des frères et sœurs, le rapport de masculinité à la naissance est de 103 hommes pour 100 femmes, ce qui correspond à ce qui est généralement observé puisque le rapport de masculinité à la naissance ne varie qu'assez peu autour de 105 hommes pour 100 femmes, quelles que soient les

[2] On notera que la distribution des années de naissance des frères et sœurs ne suit pas celle des enquêtées : alors que les années de naissance des enquêtées se répartissent sur 35 ans (1954-1989), celle des frères et sœurs portent sur 78 ans (1925-2003).

populations. En outre, le rapport de masculinité à la naissance varie peu selon l'année de naissance de l'enquêtée, de 98 à 107, à l'exception de la période 1988-1992 où le rapport de masculinité est d'environ 117. Compte tenu de la variabilité bien connue du rapport de masculinité dans les petits échantillons, aucune tendance au sous-enregistrement n'apparaît dans la déclaration des sœurs.

L'évolution de la taille de la fratrie selon l'année de naissance de l'enquêtée fait apparaître une taille moyenne, presque constante pour la période 1968-1992. La quasi-stabilité des tailles moyennes semble indiquer, comme les résultats précédents, qu'aucune omission importante de frères et sœurs n'a été commise par les enquêtrices.

Avec ce type de données peut se poser un autre problème : celui de l'attraction pour certaines valeurs préférentielles, valeurs utilisées par les enquêtées qui ne connaissent pas avec précision l'âge exact au décès et/ou le nombre exact d'années écoulées depuis le décès, mais qui peuvent en fournir une estimation.

En ce qui concerne les estimations des taux de mortalité générale et de mortalité maternelle, une période de 5 années (c'est-à-dire 0-4 années avant l'enquête) a été retenue. Cette période de référence de 5 ans a été retenue afin de pouvoir obtenir une estimation du niveau de mortalité maternelle le plus récent possible, tout en disposant d'un nombre suffisant de cas de décès maternels (qui restent, malgré tout, relativement rares) pour réduire au maximum les erreurs de sondage et obtenir une estimation fiable.

Tableau 11.2 Indicateurs de la qualité des données sur les frères et soeurs

Répartition (en %) des enquêtées et des frères et sœurs selon l'année de naissance, l'année de naissance médiane, le rapport de masculinité à la naissance et l'évolution de la taille moyenne de la fratrie selon l'année de naissance de l'enquêtée, EDSMD-III Madagascar 2003-2004

Année de naissance	Répartition en % Enquêtées	Frères/ sœurs
Avant 1958	5,8	9,0
1958-62	10,4	7,9
1963-67	12,5	12,2
1968-72	13,3	13,0
1973-77	17,1	15,5
1978-82	16,6	13,8
1983-87	20,3	12,1
1988 ou plus tard	4,0	16,4
Total	100,0	100,0
Intervalle	1954 - 1989	1925 - 2003
Médiane	1 975	1 975
Effectif	7 949	43 328

Année de naissance de l'enquêtée	Taille moyenne de la fratrie	Rapport de masculinité
Avant 1963	6,4	98,4
1963-67	6,9	102,3
1968-72	6,6	104,8
1973-77	6,4	102,9
1978-82	6,4	101,9
1983-87	6,3	107,1
1988-92	5,8	117,1
Ensemble	6,0	103,0

11.4 ESTIMATION DIRECTE DE LA MORTALITE ADULTE

Les estimations par âge de la mortalité masculine et féminine pour la période de 1998-2003, calculées selon la procédure directe d'après les déclarations sur la survie, sont présentées au tableau 11.3. Le nombre de décès de frères et sœurs survenus pendant la période de référence aux âges de 15 à 49 ans est relativement important (239 femmes et 294 hommes), de sorte que les taux individuels sont basés sur des événements relativement peu nombreux qui sont donc sujets aux variations d'échantillonnage.

Pour les femmes, entre 20 et 39 ans, les taux estimés présentent peu de variations ; ils augmentent puis augmentent ensuite, comme attendu, aux âges de 40 ans ou plus. La tendance générale semble plausible, avec une augmentation par un facteur de près de trois entre le taux pour le plus jeune groupe d'âges (environ 2,0 ‰) et le groupe d'âges le plus élevé (environ 5,7 ‰). Les taux de mortalité pour les hommes présentent la même tendance par âge, mais l'augmentation aux deux groupes d'âges les plus élevés est nettement supérieure à celle observée chez les femmes. D'ailleurs le taux du groupe d'âges le

plus élevé est plus de quatre fois supérieur à la moyenne du taux du groupe d'âges le plus jeune (passant de 2,6 ‰ à 12,2 ‰).

Il est important d'évaluer la fiabilité des estimations directes de la mortalité puisque les données sur la mortalité des sœurs constituent la base des données pour la mortalité maternelle. Si l'estimation de la mortalité adulte n'est pas correcte, l'estimation de la mortalité maternelle ne le sera pas davantage. En l'absence de données exactes sur la mortalité à Madagascar, l'évaluation est faite en comparant les taux estimés à une série de taux directs et extrapolés provenant des tables-types de mortalité des Nations Unies (Nations Unies, 1982).

Les niveaux de mortalité par âge obtenus à partir des tables-types de mortalité sont présentés au tableau 11.3. Parmi les tables-types des Nations Unies, celles correspondant au modèle de mortalité, schéma général ont été retenues parce que ce sont celles qui se rapprochent le plus du niveau de l'espérance de vie à la naissance à Madagascar. Pour ce qui est des tables-types de mortalité hypothétique, schéma général, les taux ont été sélectionnés à un niveau de mortalité approximativement correspondant à l'espérance de vie à la naissance estimé à 56 ans pour les femmes et 54 ans pour les hommes, pour la période de l'EDSMD-III.

Les résultats du tableau 11.3 font apparaître un niveau de mortalité relativement élevé entre 15 et 49 ans, estimé à 3,1 ‰ pour l'ensemble des femmes et à 3,8 ‰ pour l'ensemble des hommes. Malgré que les décès à ces âges restent relativement rares et comme les données sont celles d'un échantillon, les taux varient de façon régulière selon l'âge. Pour les femmes comme pour les hommes, la tendance générale de la mortalité par âge semble plausible avec la table de mortalité type du schéma général des Nations Unies (voir graphique 11.1), bien que les taux de mortalité adulte estimés soient généralement supérieurs aux taux extrapolés du schéma général.

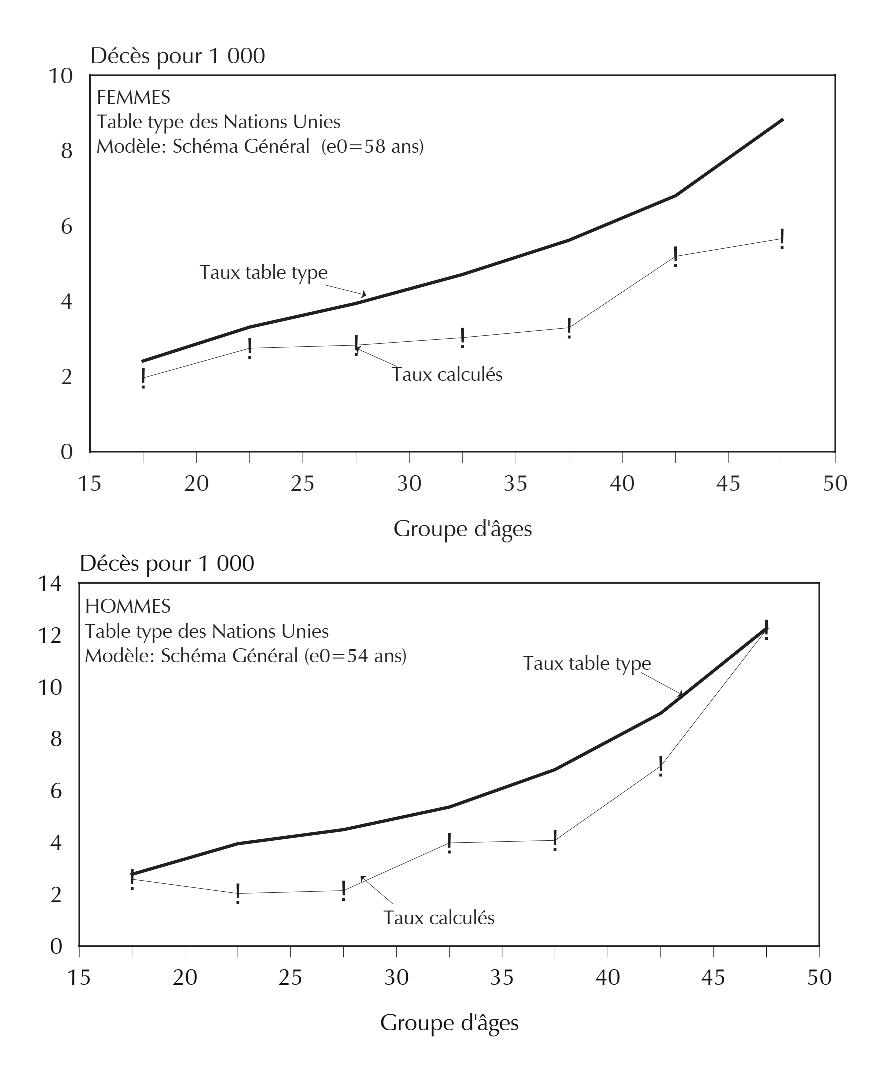
Tableau 11.3 Estimation de la mortalité adulte par âge

Estimation directe de la mortalité par âge à partir des données concernant l'état de survie des frères et sœurs des femmes enquêtées, par sexe, Madagascar 1998-2003 et taux des tables types de mortalité, EDSMD-III Madagascar 2003-2004

Groupe d'âges	Taux estimés pour 1998-2003 (0-4 ans avant l'enquête) Décès	Années d'exposition	Taux (‰)	Table type hypothétique des Nations Unies[1] Taux (‰)
SEXE FÉMININ				
15-19	24	12 336	1,96	2,38
20-24	40	14 650	2,75	3,22
25-29	41	14 536	2,83	3,93
30-34	39	13 011	3,03	4,67
35-39	34	10 381	3,29	5,58
40-44	36	6 999	5,19	6,83
45-49	24	4 153	5,66	8,85
15-49	239	76 067	3,14	-
SEXE MASCULIN				
15-19	33	12 653	2,58	2,78
20-24	30	14 675	2,03	3,77
25-29	32	15 128	2,14	4,52
30-34	52	12 966	3,98	5,39
35-39	45	11 091	4,08	6,80
40-44	50	7 163	6,94	8,95
45-49	53	4 349	12,20	12,14
15-49	294	78 025	3,77	-

[1] Les taux de mortalité proviennent des Tables Types de Mortalité des Nations Unies, Schéma Général, sous l'hypothèse d'une espérance de vie de 58 ans pour les femmes et de 54 ans pour les hommes.

Graphique 11.1 **Taux de mortalité par groupe d'âges pour la période 0-4 ans avant l'EDSMD-III et taux des tables types de mortalité**



11.5 ESTIMATIONS DIRECTES DE LA MORTALITÉ MATERNELLE

L'estimation directe de la mortalité maternelle, obtenue à partir des déclarations sur la survie des sœurs, sont présentées au tableau 11.4. Le nombre de décès maternels est estimé à 61 pour la période de 0-4 ans avant l'enquête. La tendance à la hausse des taux par âge est irrégulière. Etant donné le nombre relativement peu important d'événements, la méthode retenue est l'estimation d'un taux unique correspondant aux âges de procréation. L'estimation d'ensemble de la mortalité maternelle, exprimée pour 1 000 femmes-années d'exposition, est égale à 0,80 pour la période 1998-2003. Cette estimation est légèrement inférieure à celle trouvée lors de l'EDS-97 (1,02 pour la période 1991-1997).

Les taux de mortalité par cause maternelle peuvent être convertis en taux de mortalité maternelle, exprimés pour 100 000 naissances vivantes, en les divisant par le taux global de fécondité générale pour la période donnée (tableau 11.4). Exprimé de cette manière, on met davantage en relief le risque obstétrical de la grossesse et de la maternité. Le taux de mortalité maternelle est de 469 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes pour la période 0-4 ans avant l'enquête. Ce taux n'a pas pratiquement

bougé depuis les estimations de l'EDS de 1997, même si l'amorce d'une baisse semble se produire. En effet, le taux était de 488 pour 100 000 pour la période de 1991-1997, soit 0-6 ans précédant l'EDS de 1997.

Un autre indicateur, le risque de mortalité maternelle sur la durée de vie[3] (RDV), est calculé à partir du taux de mortalité maternelle (tableau 11.4). Cet indicateur exprime le risque pour une femme de décéder par cause maternelle durant les âges de procréation. Ce risque est de l'ordre de 0,024 pour la période 0-4 ans avant l'enquête : 1998-2003. Autrement dit, à Madagascar, une femme court un risque de 1 sur 42 de décéder pour cause maternelle pendant les âges de procréation.

Tableau 11.4 Estimation directe de la mortalité maternelle

Estimation directe de la mortalité maternelle à partir des données concernant l'état de survie des sœurs des femmes enquêtées pour la période 0-4 ans avant l'enquête, EDSMD-III Madagascar 2003-2004

Groupe d'âges	Décès maternels	Années d'exposition	Taux pour cause maternelle (‰)	Proportion de décès maternels
15-19	5	12 336	0,38	0,15
20-24	20	14 650	1,39	0,49
25-29	8	14 536	0,55	0,42
30-34	8	13 011	0,59	0,34
35-39	12	10 381	1,11	0,30
40-44	8	6 999	1,20	0,21
45-49	1	4 153	0,12	0,31
15-49	61	76 067	0,80	0,31

Taux Global de Fécondité Générale (TGFG ‰) = 171
Taux de mortalité maternelle (TMM)[1] = 469
Risque de mortalité maternelle sur la durée de vie (RDV)[2] = 0,0241

Taux de mortalité maternelle (TMM)[3], estimé en 1997 :
EDS 1997 = 488

[a] Taux standardisés par âge
[1] Pour 100 000 naissances. Calculé comme suit : (Taux de mortalité par cause maternelle 15-49 ans)/TGFG.
[2] Par femme. Calculé à partir de la formule suivante : $(1\text{-RDV}) = (1\text{-TMM}/100\ 000)^{ISF}$, où l'ISF est l'indice synthétique de fécondité de la période 0-4 ans avant l'enquête, estimé à 5,2 enfants par femme.
[3] Pour 100 000 naissances. Calculé pour la période 0-6 ans avant 1997.

[3] La formule de calcul de cette probabilité figure en note du tableau 11.4.

Les proportions de décès imputables aux causes maternelles (tableau 11.4), par groupe d'âges, pour la période 1998-2003, laissent apparaître de fortes variations qui atteignent des niveaux maximum à 20-29 ans où près de la moitié des décès de femmes sont dus à des causes maternelles (49 % pour le groupe d'âge 20-24 ans et 42 % pour le groupe d'âges 25-29 ans). À la différence des autres mesures de la mortalité présentées précédemment, ces proportions ne peuvent être affectées par des sous-déclarations dans la mesure où l'on peut supposer que les sous-déclarations éventuelles n'affectent pas davantage les décès par cause maternelle que les autres décès. Ainsi, pour l'ensemble des décès de femmes en âge de procréation (15-49 ans), pratiquement un décès sur trois (31 %) serait dû à des causes maternelles.

11.6 ESTIMATIONS INDIRECTES DE LA MORTALITÉ MATERNELLE

Les données sur la survie des sœurs peuvent aussi être utilisées pour estimer la mortalité maternelle par la méthode indirecte (Graham et al., 1989). Dans ce cas, les données sont agrégées par groupe d'âges de 5 ans des enquêtées. Pour chaque groupe d'âges, les informations sur le nombre de décès maternels parmi toutes les sœurs des enquêtées et sur le nombre de sœurs/unités d'exposition sont utilisées pour estimer le risque de décéder sur la durée de vie pour cause de maternité. L'approche indirecte fournit aussi une estimation d'ensemble de la mortalité maternelle pour les sœurs de l'ensemble des enquêtées qui se rapporte à une période de temps centrée approximativement sur 12 ans avant l'enquête. Quand on travaille sur des échantillons comme ceux des EDS, il est préférable d'utiliser une estimation d'ensemble, qui est moins sensible aux variations d'échantillonnage.

Les estimations indirectes de la mortalité maternelle sont présentées au tableau 11.5. Mis à part les groupes d'âges les plus jeunes pour lesquels très peu d'unités d'exposition ont été observées, les estimations du risque de décéder sur la durée de vie pour cause maternelle, par groupe d'âges, varient de 0,013 à 0,038. Dans l'ensemble, les taux estimés varient peu, bien que les estimations concernant les groupes d'âges les plus jeunes (20-29 ans) soient parmi les plus élevées et comparables à celles pour les femmes plus âgées 45-49 ans. Dans la mesure où cette tendance est réelle, elle peut être interprétée, soit comme une augmentation récente du risque de décéder pour cause maternelle, soit comme un enregistrement plus complet des événements récents par les enquêtées les plus jeunes. Quand on agrège les déclarations de toutes les enquêtées, le risque de décéder sur la durée de vie pour cause maternelle est égal à 0,028 ou, en d'autres termes, ce risque est d'environ 1 sur 36. Ces valeurs peuvent être transformées en une estimation du taux de mortalité maternelle (décès maternels pour 100 000 naissances). L'estimation, qui se rapporte à environ 12 ans avant l'enquête, soit 1991, est de 464, soit pratiquement la même que celle trouvée lors de l'EDS-97 qui était de 488 décès maternels pour 100 000 naissances. Dans les deux cas, nous pensons que les deux taux sont moins sous-estimés. En effet, les niveaux des indices synthétiques de fécondité utilisés pour le calcul de la mortalité maternelle selon la méthode indirecte pour l'EDSMD-III et l'EDS-97 sont pratiquement les mêmes (6,1 et 6,3 enfants par femme) que le niveau réel de l'ISF à Madagascar au milieu des années 90 qui était de l'ordre de 6 enfants par femme.

Tableau 11.5 Estimation indirecte de la mortalité maternelle

Estimation de la mortalité maternelle par la méthode indirecte, EDSMD-III Madagascar 2003-2004

Groupe d'âges	Nombre d'enquêtées	Nombre de sœurs de 15 ans ou +[1]	Nombre de soeurs décédées	Décès maternels ajustés	Facteurs d'ajustement pour l'exposition	Sœurs/unité d'exposition au risque	Risque de mortalité maternelle sur la durée de vie (RDV)
15-19	1 528	2 025	36	5,5	0,107	434	0,013
20-24	1 391	2 597	53	25,4	0,206	761	0,033
25-29	1 347	3 088	110	45,4	0,343	1 228	0,037
30-34	1 156	2 935	121	40,8	0,503	1 476	0,028
35-39	940	2 571	166	49,6	0,664	1 707	0,029
40-44	932	2 503	155	31,6	0,802	2 008	0,016
45-49	655	1 639	180	56,1	0,900	1 475	0,038
Total	7 949	17 358	820	255	-	9 090	0,028

Taux de mortalité maternelle (TMM) par la méthode indirecte[2] = 464

[1] Obtenu en multipliant le nombre d'enquêtées par le nombre moyen de sœurs de 15 ans et plus par enquêtée, déclarées par les enquêtées de 30-49 ans.
[2] TMM = $(1 - [1\text{-RDV}]^{1/ISF}) \times (100\ 000)$, où l'ISF est l'indice synthétique de fécondité de la période 10-14 ans avant l'enquête, estimé à 6,1 enfants par femme. Le taux est exprimé pour 100 000 naissances.

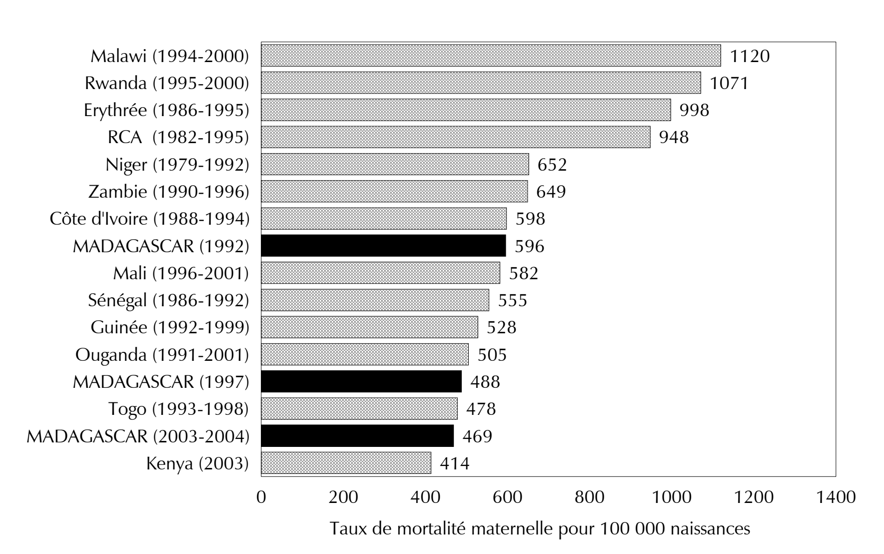
11.7 DISCUSSION

L'estimation directe du taux de mortalité maternelle à partir de l'EDSMD-III pour la période 1998-2003 est de 469 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes. Pour ce qui est de l'estimation indirecte du taux de mortalité maternelle, elle est de 464, ce qui représente une moyenne couvrant une longue période avant l'enquête, centrée sur approximativement 12 années précédant l'enquête, soit 1991. Étant donné le degré d'erreurs de sondage associé à ces estimations de mortalité, ces deux taux peuvent être considérés comme très voisins. Globalement, on peut estimer que le taux de mortalité maternelle se situerait entre 450 et 500 décès pour 100 000 naissances vivantes au cours des de la décennie 1990-2000. Les taux de mortalité maternelle estimés selon la même méthodologie lors d'enquêtes EDS menées dans d'autres pays africains sont présentés au graphique 11.2.

Malgré l'amélioration des soins prénatals au cours des cinq dernières années, la mortalité maternelle reste élevée à Madagascar, comme dans le reste des pays de la région, avec des taux se situant dans leur majorité entre 500 et 1 000 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes.

Les résultats de l'EDSMD-III suggèrent que le comportement procréateur constitue un risque important de mortalité dans un pays où la fécondité reste encore élevée. Par ailleurs, la première naissance et l'intervalle intergénésique court constituent « des facteurs de risque ». Des analyses différentielles de la mortalité maternelle selon la parité et l'intervalle entre naissances suggèrent qu'il existe un risque élevé de mortalité maternelle pour les premières naissances survenant à un âge précoce et celles caractérisées par un intervalle intergénésique court.

Graphique 11.2 Mortalité maternelle à Madagascar et en Afrique subsaharienne



À Madagascar comme dans les autres pays subsahariens, pour parvenir à une réduction de la mortalité maternelle, les efforts devront être effectués dans deux domaines : 1) la disponibilité de services de visites prénatales et d'accouchement dans les établissements sanitaires, surtout dans les zones rurales, et 2) l'éducation des femmes, des familles et des agents de santé pour détecter les grossesses à hauts risques, et en particulier les accouchements trop longs. Des programmes éducatifs devraient insister sur le fait que les femmes enceintes à risque doivent être conduites dans des établissements équipés pour traiter les cas d'accouchement avec complications.

VIH/SIDA ET INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES 12

Adeline Florence RANAIVO et Monique BARRÈRE

Les premiers cas de SIDA ont été dépistés à Madagascar en 1987, et dès le début de son apparition, le gouvernement malgache n'est pas resté indifférent vis-à-vis de cette maladie. En effet, des interventions pour avoir une meilleure connaissance de l'épidémie et endiguer la multiplication des cas ont été réalisées, cela à la suite de concertations nationales et internationales.

La riposte des pouvoirs publics s'est organisée en trois phases :

- 1988 à 1995 : *phase médicale* au cours de laquelle la stratégie adoptée a été axée principalement sur la prévention du VIH/sida et des IST au sein des groupes à risque ;
- 1996 à août 2000 : *phase de santé* caractérisée par des stratégies orientées essentiellement vers l'intensification de la prévention du VIH/sida et des IST par la mobilisation sociale, l'intégration de la lutte contre le VIH/sida dans les Centres de Soins de Santé Primaire (CSSP) et une coordination opérante ;
- à partir d'août 2000 : *phase multisectorielle* marquée par l'implication de différentes organisations (organisations de la société civile, organisations non gouvernementales, groupements communautaires, associations, etc.) dans la lutte.

Depuis 2002, l'engagement du pays dans la lutte contre le VIH/SIDA se situe au plus haut niveau et s'est concrétisé par la création, suivant le décret n° 2002-1156 du 02 octobre 2002, du Comité National de Lutte contre le SIDA (CNLS), présidé par le Président de la République lui-même. Le CNLS est un organe d'orientation politique et stratégique et de mobilisation de ressources au sein duquel se trouve le Secrétariat Exécutif, entité nationale de référence en matière de coordination de la lutte contre le VIH/SIDA qui travaille en étroite collaboration avec le Ministère de la santé.

Basée sur un plan stratégique multisectoriel réactualisé et adopté en 2002 et faisant partie intégrante du DSRP, la lutte contre le SIDA actuelle est axée principalement sur :

- la création d'un environnement propice à une lutte multisectorielle efficace ;
- l'amélioration de l'accès aux informations et aux moyens de prévention ;
- l'assurance de la qualité de services ;
- le renforcement du suivi-évaluation et enfin ;
- le développement de la collaboration internationale.

Pour opérationnaliser ce plan, l'option retenue privilégie l'intervention de proximité sous-tendue par une démarche participative et multisectorielle qui prend ancrage au niveau de la commune, structure de base du développement. Le principe adopté s'articule autour du développement des compétences locales et de l'élargissement de l'éventail des interventions en fonction des besoins identifiés. Des structures décentralisées mises en place au niveau provincial, régional et local permettent ainsi d'assurer une bonne coordination et un suivi évaluation efficace des différentes interventions.

Madagascar se trouve dans la phase de début de généralisation de l'épidémie de sida, avec une séroprévalence, estimée en 2001, à 1,1 % parmi les femmes enceintes examinées en consultation prénatale (DGLS, 2003).

L'EDSMD-III constitue donc une source de données susceptibles d'apporter des informations utiles dans le domaine du VIH/sida, en particulier dans le domaine de la prévention de l'infection et de l'évaluation de l'impact des programmes pour mieux les orienter.

Les résultats de l'EDSMD-III concernent principalement les domaines suivants, à savoir :

- la connaissance de l'existence du VIH/sida, des moyens de prévention, de ses modes de transmission ainsi que la connaissance et le rejet d'idées erronées sur la transmission de l'infection ;
- la connaissance de la transmission mère enfant ;
- les attitudes de tolérance à l'égard des personnes vivant avec le VIH/sida;
- l'opinion des femmes et des hommes sur la négociation de rapports sexuels protégés avec le conjoint ;
- les rapports sexuels à haut risque et l'utilisation de condom lors des derniers rapports sexuels à hauts risques ;
- l'âge des jeunes de 15 à 24 ans aux premiers rapports sexuels ;
- les rapports sexuels à hauts risques et l'utilisation des condoms lors des derniers rapports sexuels à haut risque par les jeunes de 15 à 24 ans ;
- les rapports sexuels pré maritaux parmi les jeunes de 15 à 24 ans et utilisation d'un condom ;
- la connaissance des IST et de leurs symptômes ;
- la prévalence auto déclarée des IST
- la recherche de traitement pour les IST ;
- les enfants orphelins et la résidence avec les parents ;
- la scolarisation des enfants orphelins de 10 à 14 ans comparée avec celle des non orphelins.

12.1 CONNAISSANCE DU VIH/SIDA, DES MOYENS DE PRÉVENTION ET DE TRANSMISSION

Le niveau de connaissance que la population a d'une maladie conditionne bien souvent son attitude et son comportement vis-à-vis de cette maladie. L'EDSMD-III a permis de déterminer le niveau de connaissance du VIH/SIDA par la population enquêtée.

Les informations présentées au tableau 12.1 montrent que la majorité des femmes (79 %) et des hommes (88 %) ont déclaré avoir entendu parler du sida. Comparées aux données recueillies parmi les femmes au cours de l'EDS de 1997 (69 %), on peut constater que cette proportion a augmenté.

Tableau 12.1 Connaissance du sida

Pourcentage de femmes et d'hommes qui ont entendu parlé du sida et pourcentage qui pense qu'il y a un moyen d'éviter le sida, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDSMD-III Madagascar 2003-2004

	Femmes			Hommes		
Caractéristique	Pourcentage ayant entendu parler du sida	Pourcentage qui pense qu'il y a un moyen d'éviter le VIH/sida	Effectif	Pourcentage ayant entendu parler du sida	Pourcentage qui pense qu'il y a un moyen d'éviter le VIH/sida	Effectif
Âge						
15-19	69,7	55,2	1 528	76,0	64,5	416
20-24	80,9	65,4	1 391	89,4	76,1	416
25-29	80,7	64,8	1 347	88,9	78,2	400
30-39	82,1	69,1	2 095	92,7	81,9	543
40-49	80,9	65,8	1 587	90,0	79,7	441
15-24	75,0	60,1	2 919	82,7	70,3	832
État matrimonial						
Célibataire	77,5	65,2	1 694	82,9	73,7	757
A eu de rapports sexuels	77,6	64,9	840	86,1	78,5	456
N'a jamais eu de rapports sexuels	77,4	65,5	854	78,0	66,6	301
En union	80,3	65,3	5 139	90,9	79,1	1 331
En rupture d'union	75,7	59,1	1 116	83,5	64,3	127
Milieu de résidence						
Capitale	99,2	96,2	466	100,0	99,1	139
Autres villes	91,6	82,3	1 509	95,7	91,0	382
Ensemble urbain	93,4	85,6	1 975	96,8	93,2	521
Rural	74,3	57,4	5 974	84,9	71,3	1 695
Province						
Antananarivo	91,4	82,6	2 671	97,2	93,2	701
Fianarantsoa	67,5	47,5	1 599	87,1	68,4	416
Toamasina	72,8	62,2	1 196	81,0	73,8	380
Mahajanga	74,9	57,8	987	92,8	73,3	276
Toliara	75,2	49,8	957	65,1	48,7	261
Antsiranana	80,3	67,3	539	91,4	80,3	183
Niveau d'instruction						
Aucun	50,2	27,5	1 741	66,8	40,5	363
Primaire/Alphabét.	79,6	61,5	3 757	86,4	73,3	1 088
Secondaire ou plus	98,7	95,0	2 451	99,6	98,0	765
Ensemble[1]	79,0	64,4	7 949	87,7	76,4	2 216

[1] Y compris 1 cas pour lequel l'état matrimonial n'est pas déterminé pour les hommes.

La répartition selon les caractéristiques socio-démographiques laisse apparaître certains écarts. Il faut souligner tout d'abord que le niveau de connaissance du VIH/sida est particulièrement faible parmi les femmes n'ayant aucune instruction (50 % contre 99 % parmi celles ayant un niveau au moins secondaire) et parmi les femmes de la province de Fianarantsoa (68 % contre un maximum de 91 % parmi celles d'Antananarivo). On constate également, selon le milieu de résidence qu'en rural, la proportion de femmes qui ont déclaré avoir entendu parler du VIH/sida est nettement plus faible que celle qu'on observe en urbain (74 % contre 93 %) ; c'est dans la capitale que les femmes sont proportionnellement les plus nombreuses à avoir entendu parler de cette maladie (99 %). La répartition selon l'état matrimonial ne

fait pas apparaître d'écarts très importants ; tout au plus, peut-on souligner que la proportion de femmes en union qui ont déclaré connaître le VIH/sida est un peu plus élevée que parmi les autres catégories matrimoniales (80 % contre environ 77 % pour les autres). En fonction de l'âge, on constate que c'est parmi les jeunes de 15-19 ans que la proportion de femmes qui connaissent cette maladie est la plus faible (70 % contre 81 % et plus aux autres âges).

Les résultats concernant les hommes font apparaître les mêmes différentiels : comme chez les femmes, le niveau de connaissance du VIH/sida est particulièrement faible parmi ceux n'ayant aucune instruction (67 % contre 100 % parmi ceux ayant un niveau secondaire ou plus) et chez les jeunes de 15-19 ans (76 % contre au moins 89 % aux autres âges). En outre, il semble que les hommes en union aient entendu plus fréquemment parler de cette maladie (91 % contre un minimum de 83 % parmi les célibataires) que les autres et que le niveau de connaissance de ceux du milieu rural soit plus faible que celui des hommes du milieu urbain (85 % contre 97 %). Par ailleurs, selon les provinces, à la différence des femmes, c'est dans la province de Toliara que la proportion d'hommes ayant entendu parler du VIH/sida est la plus faible (65 %).

Le tableau 12.1 présente également les pourcentages de femmes et d'hommes qui ont déclaré qu'ils pensent qu'il existe un moyen d'éviter de contracter le VIH/sida. On constate que, si 79 % des femmes ont déclaré avoir entendu parler du VIH/sida, seulement 64 % pensent qu'il y a un moyen d'éviter de le contracter. Chez les hommes, cette proportion est plus élevée (76 %) mais comme chez les femmes, elle est plus faible que la proportion de ceux qui en ont entendu parler (88 %). Ce sont les femmes et les hommes qui ont déclaré le plus fréquemment avoir entendu parler du sida qui sont également les mieux informés.

12.1.1 Connaissance des moyens de prévention et rejet d'idées erronées à propos du VIH/sida

Connaissance des moyens de transmission du VIH/sida

La connaissance par la population des moyens de prévention est indispensable si l'on veut lutter efficacement contre la propagation du virus qui cause le sida. Au cours de l'EDSMD-III on a donc demandé aux enquêtés ce qui pouvait être fait pour éviter de contracter le VIH/sida (tableaux 12.2.1 et 12.2.2) : à cette question, environ la moitié des femmes (51 %) et 61 % des hommes ont répondu qu'on pouvait prévenir le risque de contracter le VIH/sida en utilisant un condom ; de plus, 60 % des femmes 73 % des hommes ont déclaré qu'on pouvait réduire ce risque en limitant les rapports sexuels à un seul partenaire fidèle et non infecté. La comparaison avec les résultats de la précédente enquête (EDS-1997) montre que le niveau de connaissance des moyens de prévention s'est amélioré chez les femmes : à cette date, seulement, 27 % des femmes avaient cité l'utilisation du condom et 38 % la limitation des rapports sexuels à un seul partenaire.

Les conceptions erronées sur l'infection à VIH et le sida conditionnent les attitudes et les comportements vis à vis de l'infection par le VIH/sida. Au cours de l'enquête, une série de propositions ont été soumises aux enquêtés pour mesurer leur niveau de connaissance correcte concernant la transmission et la prévention du virus. Moins de la moitié des femmes et des hommes (48 % dans les deux cas) savent qu'une personne apparemment en bonne santé peut néanmoins avoir été infectée par le virus qui cause le sida. À la proposition selon laquelle le virus du sida ne peut pas être transmis par les moustiques, moins d'un tiers des femmes (32 %) et une proportion légèrement supérieure d'hommes (36 %) ont répondu de manière correcte. Enfin, seulement 40 % des femmes et 42 % des hommes savent qu'une personne ne peut pas être infectée en partageant le repas d'un malade du sida.

Tableau 12.2.1 Connaissance des moyens de prévention du VIH et rejet d'idées erronées à propos du sida : femmes

Pourcentage de femmes qui, en réponse à une question suggérée, disent que les gens peuvent réduire le risque de contracter le virus du sida en utilisant le condom et en n'ayant des rapports sexuels qu'avec un seul partenaire fidèle et qui n'est pas infecté et, pourcentage qui rejette des idées locales erronées à propos de la transmission ou de la prévention du sida, et qui savent qu'une personne paraissant en bonne santé peut avoir le virus du sida, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDSMD-III Madagascar 2003-2004

	Connaissance des moyens – Pourcentage qui disent que les gens peuvent réduire le risque du VIH en :		Rejet d'idées erronées – Pourcentage qui savent que :					
Caractéristique	Utilisant les condoms	Limitant les rapports sexuels à un seul partenaire fidèle et non infecté	Une personne paraissant en bonne santé peut avoir le virus du sida	Le sida ne peut pas être transmis par les moustiques	Une personne ne peut pas être infectée en partageant les repas d'un malade du sida	Pourcentage qui connaissent parfaitement les deux moyens de prévention et rejettent les trois idées erronées à propos du sida	S'abstenant de rapports sexuels	Effectif
Âge								
15-19	44,5	49,7	42,0	30,2	36,8	17,6	44,1	1 528
20-24	54,1	61,5	49,5	34,1	42,3	21,3	55,0	1 391
25-29	49,5	60,1	47,0	33,3	42,9	18,6	52,4	1 347
30-39	55,9	65,9	51,9	31,7	41,2	20,4	58,0	2 095
40-49	48,6	62,5	48,0	29,5	34,8	16,7	53,0	1 587
15-24	49,1	55,3	45,6	32,0	39,4	19,4	49,3	2 919
État matrimonial								
Célibataire	54,2	58,8	52,3	39,0	48,5	25,2	51,8	1 693
A déjà eu des rapports sexuels	54,8	59,8	51,9	36,4	47,2	25,3	51,0	840
N'a jamais eu de rapports sexuels	53,7	57,8	52,7	41,4	49,9	25,2	52,5	853
En union	50,7	62,2	48,1	30,8	38,2	18,1	53,8	5140
En rupture d'union	46,5	54,3	40,8	24,4	32,3	13,7	50,4	1 116
Milieu de résidence								
Capitale	77,4	92,6	84,6	63,4	78,3	41,3	74,1	466
Autres villes	68,1	77,4	65,8	42,8	57,6	27,8	68,1	1 509
Ensemble urbain	70,3	81,0	70,2	47,7	62,5	31,0	69,5	1 975
Rural	44,4	53,5	40,6	26,4	32,0	15,0	47,4	5 974
Province								
Antananarivo	66,8	78,5	67,6	50,7	59,2	32,8	67,2	2 671
Fianarantsoa	36,8	42,4	32,1	18,4	26,9	10,5	39,5	1 599
Toamasina	54,8	59,2	47,0	25,2	35,1	17,7	53,1	1 196
Mahajanga	38,8	53,6	42,8	33,1	39,4	14,5	47,2	987
Toliara	36,2	45,8	28,5	12,8	20,9	6,9	39,1	957
Antsiranana	52,6	64,5	44,2	21,9	23,3	8,3	55,8	539
Niveau d'instruction								
Aucun	14,2	26,1	14,8	6,7	9,9	1,0	23,9	1 741
Primaire/ Alphabét.	47,8	57,0	41,3	22,8	29,5	11,0	52,0	3 757
Secondaire ou plus	81,5	89,8	81,8	63,0	76,1	44,0	74,7	2 451
Quintile de bien-être								
Le plus pauvre	20,4	27,4	18,8	7,7	9,7	2,4	24,8	1 700
Second	30,5	44,3	26,1	18,6	23,8	5,9	40,6	1 206
Moyen	49,4	60,9	38,5	19,9	27,5	8,1	56,7	1 466
Quatrième	64,6	72,8	60,9	38,3	49,1	24,9	64,2	1 531
Le plus riche	78,8	87,5	82,1	62,7	75,2	43,8	72,2	2 046
Ensemble	50,8	60,4	48,0	31,7	39,6	19,0	52,9	7 949

Tableau 12.2.2 Connaissance des moyens de prévention du VIH et rejet d'idées erronées à propos du sida : hommes

Pourcentage d'hommes qui, en réponse à une question suggérée, disent que les gens peuvent réduire le risque de contracter le virus du sida en utilisant le condom et en n'ayant des rapports sexuels qu'avec un seul partenaire fidèle et qui n'est pas infecté et, pourcentage qui rejette des idées locales erronées à propos de la transmission ou de la prévention du sida, et qui savent qu'une personne paraissant en bonne santé peut avoir le virus du sida, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDSMD-III Madagascar 2003-2004

	Connaissance des moyens — Pourcentage qui disent que les gens peuvent réduire le risque du VIH en :		Rejet d'idées erronées — Pourcentage qui savent que :					
Caractéristique	Utilisant les condoms	Limitant les rapports sexuels à un seul partenaire fidèle et non infecté	Une personne paraissant en bonne santé peut avoir le virus du sida	Le sida ne peut pas être transmis par les moustiques	Une personne ne peut pas être infectée en partageant les repas d'un malade du sida	Pourcentage qui connaissent parfaitement les deux moyens de prévention et rejettent les trois idées erronées à propos du sida	S'abstenant de rapports sexuels	Effectif
Âge								
15-19	53,9	58,8	38,9	31,6	34,5	12,9	47,4	416
20-24	59,0	72,5	46,6	33,8	39,9	18,6	57,2	416
25-29	62,2	75,3	51,3	37,9	46,6	22,5	57,8	400
30-39	67,9	77,0	53,0	40,0	41,8	22,2	57,3	543
40-49	59,8	78,5	47,7	37,8	45,7	17,0	52,3	441
15-24	56,4	65,6	42,8	32,7	37,2	15,7	52,3	832
État matrimonial								
Célibataire	63,3	69,2	46,5	38,4	44,7	21,0	56,2	757
A déjà eu des rapports sexuels	66,9	75,9	53,5	38,7	49,9	23,0	57,0	456
N'a jamais eu de rapports sexuels	57,7	59,1	35,9	38,0	36,6	18,0	55,1	301
En union	60,5	76,5	48,9	36,4	40,4	17,9	55,1	1 331
En rupture d'union	51,4	54,0	43,6	25,1	38,4	15,2	38,0	127
Milieu de résidence								
Capitale	90,3	96,8	73,2	73,0	85,8	48,9	79,5	139
Autres villes	77,6	86,8	64,2	45,4	57,1	25,7	56,6	382
Ensemble urbain	81,0	89,5	66,6	52,7	64,8	31,9	62,7	521
Rural	54,8	67,6	42,0	31,4	34,6	14,8	52,0	1 695
Province								
Antananarivo	77,8	90,3	66,5	56,6	62,0	38,6	73,7	701
Fianarantsoa	54,3	63,9	45,3	24,5	29,6	9,8	57,2	416
Toamasina	65,3	71,6	36,2	24,8	31,0	14,8	41,9	380
Mahajanga	38,5	62,2	39,0	37,8	38,2	5,7	18,0	276
Toliara	40,0	47,6	28,5	13,0	21,0	7,1	43,3	261
Antsiranana	66,3	79,5	46,6	41,9	48,9	8,2	72,1	183
Niveau d'instruction								
Aucun	20,6	36,7	13,6	6,1	8,8	0,6	24,9	363
Primaire/ Alphabét.	56,3	68,2	36,3	26,3	29,0	7,3	56,1	1 088
Secondaire ou plus	86,6	96,3	80,3	65,1	75,4	43,8	66,3	765
Quintile de bien-être								
Le plus pauvre	33,5	51,4	24,9	18,3	18,0	3,5	38,7	383
Second	42,4	53,0	29,2	20,0	19,8	3,0	43,7	437
Moyen	58,0	68,2	37,0	20,6	32,6	5,8	51,9	439
Quatrième	78,5	87,8	56,4	41,9	44,5	22,5	68,6	416
Le plus riche	84,3	95,8	81,1	71,2	81,5	50,2	65,7	541
Ensemble	61,0	72,7	47,8	36,4	41,7	18,8	54,5	2 216

Globalement, moins d'une femme et d'un homme sur cinq (19 % dans les deux cas) ont une connaissance correcte concernant la prévention du virus du sida. Ce niveau de connaissance correcte est extrêmement faible parmi les femmes et les hommes sans instruction (1 % dans les deux cas), parmi celles et ceux des trois premiers quintiles (respectivement, en moyenne, 5 % et 4 %) et parmi les résidents des provinces de Toliara et d'Antsiranana (respectivement, 7 % et 8 % pour les femmes ; 7 % et 8 % pour les hommes) ; de plus, les écarts de niveau de connaissance sont importants entre les milieux de résidence : en rural, seulement 15 % des femmes et des hommes connaissent les moyens de prévention corrects et rejettent les idées erronées à propos du sida contre 31 % des femmes et 32 % des hommes du milieu urbain. C'est dans la capitale que les proportions de ceux qui sont le mieux informées sont les plus élevées (41 % des femmes et 49 % des hommes). La répartition selon l'âge ne fait pas apparaître de variation importante ; par contre, les résultats selon le statut matrimonial montrent que chez les femmes comme chez les hommes, ce sont les célibataires qui possèdent les informations correctes. (respectivement, 25 % et 21 %).

Les tableaux 12.2.1 et 12.2.2 présentent également les proportions de femmes et d'hommes qui ont cité l'abstinence sexuelle comme moyen de prévention du sida. Un peu plus de la moitié des femmes et des hommes (respectivement, 53 % et 55 %) ont cité ce moyen. Ces proportions sont particulièrement élevée parmi les femmes et les hommes de la capitale (respectivement, 74 % et 80 %), parmi celles et ceux ayant un niveau secondaire ou plus (75 % et 66 %) et parmi celles et ceux du quintile le plus riche (respectivement, 72 % et 66 %).

12.1.2 Connaissance de la transmission mère enfant

Au cours de l'enquête, on a demandé à tous les enquêtés s'ils savaient que le virus qui cause le sida pouvait être transmis de la mère à son enfant et à quel moment pouvait s'effectuer la transmission. Les résultats sont présentés au tableau 12.3.

La transmission la plus connue par les enquêtés est la transmission de la mère à l'enfant au cours de la grossesse. Les proportions d'hommes ayant déclaré connaître ce mode transmission sont légèrement plus élevées que celles des femmes (65 % contre 59 %). En outre, la transmission au moment de l'accouchement et durant l'allaitement est connue par une proportion quasiment identique de femmes (respectivement, 47 % et 45 %). Les hommes sont un peu plus nombreux à savoir que le virus peut se transmettre au moment de l'accouchement (54 %) et durant l'allaitement (51 %). Les résultats selon les caractéristiques socio-démographiques montrent que la connaissance de ce moyen de transmission est, quelque soit le moment, surtout positivement associé au niveau d'instruction et au niveau de bien-être du ménage. On constate également des écarts importants entre les milieux de résidence, les femmes et les hommes les moins bien informés étant ceux du milieu rural et à l'opposé, c'est dans la capitale qu'on observe les proportions les plus élevées de ceux et celles qui connaissent ce mode de transmission, quelque soit le moment. On peut également souligner que chez les femmes, ce sont celles de la province de Fianarantsoa qui sont les moins bien informées sur ce mode de transmission et chez les hommes, ce sont ceux de la province de Mahajanga.

Tableau 12.3 Connaissance de la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant

Pourcentage de femmes et d'hommes qui savent que le VIH peut être transmis de la mère à l'enfant au cours de la grossesse, pendant l'accouchement et par l'allaitement, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDSMD-III Madagascar 2003-2004

	Pourcentage de femmes qui savent que :				Pourcentage d'hommes qui savent que :			
Caractéristique	Le VIH peut être transmis pendant la grossesse	Le VIH peut être transmis pendant l'accouchement	Le VIH peut être transmis en allaitant	Effectif	Le VIH peut être transmis pendant la grossesse	Le VIH peut être transmis pendant l'accouchement	Le VIH peut être transmis en allaitant	Effectif
Âge								
15-19	48,9	37,2	35,8	1 528	49,1	44,1	41,1	416
20-24	59,8	47,7	46,6	1 391	66,1	61,8	53,7	416
25-29	60,1	46,4	45,4	1 347	68,2	55,6	56,6	400
30-39	64,2	52,9	50,4	2 095	68,9	53,1	50,3	543
40-49	58,6	47,4	44,7	1 587	69,2	55,9	53,1	441
15-24	54,1	42,2	40,9	2 919	57,6	53,0	47,4	832
État matrimonial								
Célibataire	58,9	44,7	41,6	1 693	61,7	54,9	47,1	757
A déjà eu des rapports sexuels	59,4	47,1	45,0	840	64,8	57,1	48,7	456
N'a jamais eu de rapports sexuels	58,4	42,4	38,2	853	56,9	51,7	44,8	301
En union	59,8	47,9	46,6	5 140	68,3	55,7	55,2	1 331
En rupture d'union	53,1	44,6	42,5	1 116	43,0	31,9	28,1	127
Milieu de résidence								
Capitale	92,3	72,2	60,4	466	92,3	74,4	61,4	139
Autres villes	76,3	61,2	56,9	1 509	81,1	68,7	61,2	382
Ensemble urbain	80,0	63,8	57,7	1 975	84,1	70,2	61,2	521
Rural	51,6	41,1	40,7	5 974	58,6	49,1	47,7	1 695
Province								
Antananarivo	78,6	61,7	57,7	2 671	85,0	68,5	61,0	701
Fianarantsoa	38,7	26,7	25,6	1 599	58,9	54,7	51,3	416
Toamasina	59,0	53,5	52,5	1 196	62,3	60,3	58,3	380
Mahajanga	46,4	31,3	32,7	987	40,0	26,3	22,0	276
Toliara	47,0	45,0	42,5	957	45,7	35,8	35,1	261
Antsiranana	61,2	48,7	49,0	539	68,5	52,0	62,4	183
Niveau d'instruction								
Aucun	23,8	21,1	22,1	1 741	33,3	28,1	30,4	363
Primaire/Alphabét.	53,9	43,9	43,8	3 757	57,6	50,3	49,2	1 088
Secondaire ou plus	90,7	69,4	62,8	2 451	89,4	71,7	63,0	765
Quintile de bien-être								
Le plus pauvre	26,2	21,7	22,5	1 700	40,6	34,0	36,5	383
Second	44,1	39,0	38,8	1 206	44,1	36,4	34,7	437
Moyen	56,8	48,4	48,1	1 466	58,1	50,5	49,4	439
Quatrième	67,7	51,4	50,5	1 531	79,3	68,1	69,8	416
Le plus riche	88,7	67,6	60,7	2 046	92,0	74,6	60,8	541
Ensemble	58,7	46,8	44,9	7 949	64,6	54,1	50,9	2 216

12.2 STIGMATISATION ENVERS LES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH/SIDA

Le comportement que les gens adopteraient dans différentes situations face à des personnes atteintes par le VIH/SIDA est révélateur du niveau de perception du risque de transmission qui peut se traduire pas une stigmatisation à l'égard des personnes infectées par ce virus. Au cours de l'EDSMD III, des questions ont été posées aux enquêtés pour connaître leurs attitudes face aux personnes ayant contracté la maladie. Plus précisément, on a cherché à savoir si les enquêtés seraient prêts à s'occuper chez eux d'un parent vivant avec le VIH, s'ils pensaient qu'une personne vivant avec le VIH et travaillant avec d'autres personnes devait être autorisée à continuer son travail et enfin s'ils pensaient que l'état d'un membre de la famille qui avait contracté le VIH/sida devait être gardé ou non secret. Les résultats sont présentés au tableau 12.4.1 pour les femmes et au tableau 12.4.2 pour les hommes.

Tableau 12.4.1 Attitudes de tolérance envers les personnes vivant avec le VIH : femmes

Pourcentage de femmes ayant entendu parler du sida et exprimant des attitudes de tolérance envers les personnes vivant avec le VIH, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDSMD-III Madagascar 2003-2004

	Pourcentage de femmes qui :			
Caractéristique	Seraient prêtes à s'occuper chez elles de quelqu'un de la famille ayant le VIH	Pensent qu'une personne atteinte du VIH/sida qui travaille avec d'autres personnes devrait être autorisée à continuer son travail	Pensent qu'il n'est pas nécessaire de garder secret l'état d'une personne vivant avec le VIH/sida	Effectif de femmes ayant entendu parler du VIH/sida
Âge				
15-19	55,9	27,0	49,3	1 065
20-24	57,5	26,2	47,7	1 125
25-29	52,2	27,3	54,0	1 087
30-39	57,4	27,9	58,1	1 721
40-49	55,5	23,7	52,2	1 285
15-24	56,7	26,6	48,5	2 190
État matrimonial				
Célibataire	58,6	32,8	47,2	1 313
A déjà eu des rapports sexuels	58,4	31,7	50,1	652
N'a jamais eu de rapports sexuels	58,7	33,8	44,4	660
En union	55,2	25,6	53,9	4 126
En rupture d'union	55,1	20,8	56,5	845
Milieu de résidence				
Capitale	58,2	48,3	43,0	463
Autres villes	63,4	36,1	51,1	1 382
Ensemble urbain	62,1	39,2	49,1	1 845
Rural	53,3	21,2	54,4	4 438
Province				
Antananarivo	62,2	35,8	43,2	2 440
Fianarantsoa	59,0	19,7	60,7	1 080
Toamasina	49,2	26,2	65,8	871
Mahajanga	51,8	29,2	51,9	739
Toliara	52,3	10,3	54,6	720
Antsiranana	39,6	13,3	60,0	433
Niveau d'instruction				
Aucun	48,9	11,4	58,0	874
Primaire/Alphabét.	53,8	17,3	58,2	2 990
Secondaire ou plus	61,0	43,3	44,3	2 419
Quintile de bien-être				
Le plus pauvre	47,6	12,6	55,2	930
Second	50,7	12,0	64,0	830
Moyen	60,4	14,9	62,7	1 163
Quatrième	57,3	24,4	53,9	1 362
Le plus riche	58,4	47,1	40,6	1 997
Ensemble	55,9	26,5	52,8	6 283

On constate que dans plus de la moitié des cas (56 %), les femmes ont déclaré qu'elles seraient prêtes à prendre soin chez elles d'un membre de la famille atteint du VIH/sida. Les variations entre les caractéristiques socio-démographiques sont peu importantes. Tout au plus peut-on souligner que c'est dans les provinces de Toamasina (49 %) et d'Antsiranana (40 %), parmi les femmes du quintile le plus pauvre (48 %) et parmi celles n'ayant aucune instruction (49 %) que cette opinion est la moins fréquemment répandue.

Par ailleurs, en ce qui concerne la seconde question, on constate que seulement 27 % pensent qu'une personne atteinte du VIH/sida devrait être autorisée à continuer son travail. Les femmes les plus âgées (24 %), celles sans instruction (11 %), celles des ménages des trois premiers quintiles (entre 12 et 15 %) ainsi que celles des provinces de Toliara et d'Antsiranana (respectivement, 10 % et 13 %) sont

celles qui ont le moins fréquemment exprimé une attitude tolérante à l'égard des personnes qui travaillent et qui sont atteintes du VIH/sida. En outre, à la troisième question, on constate que pour un peu plus de la moitié des femmes (53 %) il n'est pas nécessaire de garder secret l'état d'un membre de la famille atteint du VIH/sida. Cette opinion est un peu plus répandue parmi les femmes du milieu rural (54 %), parmi celles sans instruction (58 %) et parmi celles de la province de Toamasina (66 %).

Par ailleurs, les hommes n'ont pas, en matière de tolérance à l'égard des malades du sida, un comportement très différent de celui des femmes. En effet, une proportion d'hommes presque identique à celle des femmes (55 %) a déclaré qu'ils seraient prêts à prendre soin chez eux d'un parent ayant contracté le virus du sida (tableau 12.4.2). Comme chez les femmes, les hommes sans instruction (39 %), ceux du quintile le plus pauvre (49 %) sont ceux qui se sont montrés le moins favorables à cette éventualité. À l'opposé, c'est dans les autres villes (63 %), parmi ceux ayant un niveau secondaire (65 %) et parmi ceux du quintile le plus riche (67 %), que les proportions de ceux qui seraient prêts à s'occuper chez eux d'un membre de la famille atteint du sida sont les plus élevées.

En outre, à la deuxième question, seulement 26 % des hommes ont répondu de manière affirmative. Cette attitude tolérante est plus répandue parmi les hommes de la capitale (43 % contre 22 % en milieu rural), parmi ceux ayant un niveau d'instruction secondaire ou plus (46 % contre 8 % parmi ceux sans instruction), et parmi les hommes vivant dans les ménages les plus riches (52 % contre 8 % chez les plus pauvres). Par contre, les hommes sans instruction (8 %), ceux du quintile le plus pauvre (8 %) et ceux de la province de Fianarantsoa (11 %) sont, en proportion, très peu nombreux à accepter que des personnes malades du sida continuent à enseigner ou à travailler avec d'autres personnes.

À la troisième question, on constate qu'une proportion plus élevée d'hommes que de femmes (78 % contre 53 %) pense qu'il n'est pas nécessaire de garder secret l'état d'un membre de la famille qui vit avec le sida. Cette proportion est particulièrement élevée parmi les hommes du milieu rural (81 %), ceux ayant un niveau primaire (83 %) ceux du quintile le plus pauvre (87 %). Dans la province de Fianarantsoa, la quasi-totalité des hommes (91 %) pensent qu'il n'est pas nécessaire de cacher à la communauté l'état d'un membre de la famille atteint du sida.

Tableau 12.4.2 Attitudes de tolérance envers les personnes vivant avec le VIH : hommes

Pourcentage d'hommes ayant entendu parler du sida exprimant des attitudes de tolérance envers les personnes vivant avec le VIH, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDSMD-III Madagascar 2003-2004

Caractéristique	Pourcentage d'hommes qui : Seraient prêts à s'occuper chez eux de quelqu'un de la famille ayant le VIH	Pensent q'une personne atteinte du sida qui enseigne dans des écoles ou travaille avec d'autres personnes devrait être autorisée à continuer son travail	Pensent qu'il n'est pas nécessaire de garder secret l'état de quelqu'un malade du sida	Effectif d'hommes ayant entendu parler du VIH/sida
Âge				
15-19	55,7	22,0	74,6	316
20-24	52,3	23,0	78,1	372
25-29	57,1	29,3	78,7	355
30-39	52,0	27,7	80,7	504
40-49	56,9	25,6	76,3	397
15-24	53,9	22,6	76,5	688
État matrimonial				
Célibataire	56,6	28,0	74,8	627
A déjà eu des rapports sexuels	56,6	30,2	75,3	393
N'a jamais eu de rapports sexuels	56,7	24,3	74,0	235
En union	53,7	25,1	79,8	1 210
En rupture d'union	53,1	20,6	76,1	106
Milieu de résidence				
Capitale	58,6	42,8	66,1	139
Autres villes	63,4	35,5	69,3	366
Ensemble urbain	62,1	37,5	68,4	504
Rural	52,0	21,6	81,3	1 439
Province				
Antananarivo	67,4	37,6	78,7	681
Fianarantsoa	63,2	10,5	91,0	362
Toamasina	36,9	12,4	87,4	308
Mahajanga	35,3	29,9	56,0	256
Toliara	53,8	25,1	69,2	170
Antsiranana	46,7	29,4	72,1	167
Niveau d'instruction				
Aucun	38,8	7,8	73,5	243
Primaire/Alphabét.	50,1	14,0	83,1	939
Secondaire ou plus	65,1	46,0	73,0	762
Quintile de bien-être				
Le plus pauvre	49,0	8,4	87,0	305
Second	51,6	11,1	81,0	330
Moyen	52,3	20,2	73,6	373
Quatrième	47,2	21,1	83,5	397
Le plus riche	66,6	51,8	69,9	540
Ensemble	54,6	25,8	78,0	1 944

12.3 POPULATION AYANT EFFECTUÉ UN TEST DE VIH

Test de VIH par les enquêtés

La connaissance du statut sérologique vis-à-vis du VIH peut contribuer à limiter l'épidémie car elle permet aux personnes de se protéger et de protéger leur partenaire. Au cours de l'EDSMD-III on a demandé aux enquêtés s'ils avaient déjà effectué un test de VIH/sida, s'ils avaient reçu les résultats, et de quand datait ce test. Les résultats sont présentés au tableau 12.5.

Tableau 12.5 Population ayant effectué un test du VIH et ayant reçu les résultats

Pourcentage de femmes et d'hommes qui ont effectué ou non un test du VIH et pourcentage de femmes et d'hommes testés pour le VIH et ayant reçu les résultats au cours des 12 derniers mois, selon certaines caractéristiques socio- démographiques, EDSMD-III Madagascar 2003-2004

	Femmes							Hommes						
Caractéristique	A reçu les résultats	N'a pas reçu les résultats	N'a jamais été testée	NSP/ ND	Total	Pourcentage testé et ayant reçu les résultats dans les 12 derniers mois	Effectif	A reçu les résultats	N'a pas reçu les résultats	N'a jamais été testé	NSP/ ND	Total	Pourcentage testé et ayant reçu les résultats dans les 12 derniers mois	Effectif
Âge														
15-19	0,6	0,2	68,9	30,3	100,0	0,2	1 528	0,7	0,0	75,3	24,0	100,0	0,7	416
20-24	0,9	0,2	79,8	19,1	100,0	0,7	1 391	0,5	0,4	88,5	10,6	100,0	0,2	416
25-29	1,0	0,1	79,7	19,3	100,0	0,3	1 347	0,5	0,0	88,4	11,1	100,0	0,2	400
30-39	1,5	0,3	80,3	17,9	100,0	0,4	2 095	1,2	0,3	91,2	7,3	100,0	0,5	543
40-49	0,6	0,0	80,3	19,1	100,0	0,2	1 587	1,7	0,5	87,8	10,0	100,0	0,6	441
15-24	0,7	0,2	74,1	25,0	100,0	0,5	2 919	0,6	0,2	81,9	17,3	100,0	0,5	832
État matrimonial														
Célibataire	0,9	0,3	76,3	22,5	100,0	0,3	1 693	0,7	0,0	82,1	17,1	100,0	0,5	757
A déjà eu des rapports sexuels	1,1	0,1	76,4	22,4	100,0	0,5	840	1,2	0,1	84,8	13,9	100,0	0,8	456
N'a jamais eu de rapports sexuels	0,7	0,5	76,2	22,6	100,0	0,0	853	0,0	0,0	78,0	22,0	100,0	0,0	301
En union	1,1	0,2	79,0	19,7	100,0	0,5	5 140	1,1	0,4	89,4	9,1	100,0	0,5	1 331
En rupture d'union	0,5	0,0	75,2	24,3	100,0	0,2	1 116	0,7	0,0	82,7	16,5	100,0	0,1	127
Milieu de résidence														
Capitale	3,2	0,0	95,9	0,8	100,0	1,0	466	4,1	1,0	94,9	0,0	100,0	1,4	139
Autres villes	1,8	0,4	89,4	8,4	100,0	0,9	1 509	2,9	0,4	92,4	4,3	100,0	1,4	382
Ensemble urbain	2,1	0,3	91,0	6,6	100,0	0,9	1 975	3,2	0,5	93,1	3,2	100,0	1,4	521
Rural	0,6	0,1	73,6	25,7	100,0	0,2	5 974	0,3	0,2	84,5	15,1	100,0	0,2	1 695
Province														
Antananarivo	1,7	0,0	89,6	8,7	100,0	0,7	2 671	1,6	0,6	95,0	2,8	100,0	0,9	701
Fianarantsoa	0,6	0,2	66,7	32,5	100,0	0,2	1 599	0,9	0,0	86,1	12,9	100,0	0,5	416
Toamasina	0,1	0,0	72,8	27,2	100,0	0,0	1 196	0,1	0,1	80,8	19,0	100,0	0,0	380
Mahajanga	0,6	0,2	74,1	25,1	100,0	0,1	987	0,3	0,0	92,5	7,2	100,0	0,0	276
Toliara	0,5	0,7	74,0	24,8	100,0	0,4	957	1,1	0,2	63,9	34,9	100,0	0,6	261
Antsiranana	1,8	0,0	78,5	19,7	100,0	0,6	539	1,1	0,2	90,1	8,6	100,0	0,2	183
Niveau d'instruction														
Aucun	0,0	0,2	50,0	49,8	100,0	0,0	1 741	0,0	0,0	66,8	33,2	100,0	0,0	363
Primaire/ Alphabét.	0,2	0,0	79,3	20,4	100,0	0,1	3 757	0,1	0,1	86,2	13,6	100,0	0,0	1 088
Secondaire ou plus	2,7	0,4	95,6	1,3	100,0	1,1	2 451	2,7	0,6	96,3	0,4	100,0	1,4	765
Quintile de bien-être														
Le plus pauvre	0,2	0,0	54,5	45,3	100,0	0,0	1 700	0,0	0,0	79,5	20,5	100,0	0,0	383
Second	0,1	0,0	68,7	31,2	100,0	0,0	1 206	0,0	0,2	75,3	24,5	100,0	0,0	437
Moyen	0,1	0,4	78,9	20,6	100,0	0,0	1 466	0,0	0,0	85,0	15,0	100,0	0,0	439
Quatrième	0,6	0,1	88,3	11,0	100,0	0,3	1 531	0,1	0,0	95,2	4,8	100,0	0,0	416
Le plus riche	2,9	0,3	94,4	2,4	100,0	1,2	2 046	3,8	0,9	95,1	0,2	100,0	1,9	541
Ensemble	0,9	0,2	77,9	21,0	100,0	0,4	7 949	0,9	0,3	86,5	12,3	100,0	0,5	2 216

On constate tout d'abord que plus des trois quarts des femmes (78 %) et une proportion encore plus élevée d'hommes (87 %) n'ont jamais effectué de test. Une proportion extrêmement faible de femmes et d'hommes (1 % dans les deux cas) ont fait un test et ont eu connaissance des résultats. Ces proportions sont très faibles quelle que soit la caractéristique socio-démographique.

Test de VIH par les jeunes sexuellement actifs

Parmi les jeunes de 15-24 ans qui ont déclaré être sexuellement actifs, on constate aussi qu'une proportion élevée de femmes (75 %) et d'hommes (84 %) n'ont jamais effectué de test de VIH/sida. Quel que soit le sexe, moins d'un pourcent a effectué le test et a reçu les résultats. Dans la capitale, parmi ceux de niveau secondaire ou plus et parmi ceux des ménages les plus riches, la quasi-totalité n'a jamais effectué de test.

Tableau 12.6 Jeunes de 15-24 ans sexuellement actifs, ayant effectué un test de VIH et ayant reçu les résultats

Parmi les jeunes de 15-24 ans sexuellement actifs, pourcentage de ceux qui ont effectué ou non un test de VIH et pourcentage de ceux testés pour le VIH qui ont reçu les résultats, au cours des 12 derniers mois, par sexe et selon certaines caractéristiques socio- démographiques, EDSMD-III Madagascar 2003-2004

	Femmes 15-24 ans sexuellement actives							Hommes 15-24 ans sexuellement actives						
Caractéristique	A reçu les résultats	N'a pas reçu les résultats	N'a jamais été testée	NSP/ ND	Total	Pourcentage testé et ayant reçu les résultats dans les 12 derniers mois	Effectif	A reçu les résultats	N'a pas reçu les résultats	N'a jamais été testé	NSP/ ND	Total	Pourcentage testé et ayant reçu les résultats dans les 12 derniers mois	Effectif
Âge														
15-19	0,5	0,0	66,6	32,9	100,0	0,4	748	1,8	0,0	76,4	21,8	100,0	1,8	171
20-24	1,0	0,1	80,5	18,4	100,0	0,9	1 135	0,6	0,5	87,0	12,0	100,0	0,3	349
15-24	0,8	0,1	75,0	24,2	100,0	0,7	1 883	1,0	0,3	83,5	15,2	100,0	0,8	519
État matrimonial														
Célibataire	0,7	0,0	81,5	17,7	100,0	0,6	445	1,4	0,1	83,3	15,2	100,0	1,2	310
En union	0,9	0,1	72,6	26,4	100,0	0,8	1 282	0,3	0,8	83,6	15,2	100,0	0,3	182
En rupture d'union	0,0	0,0	75,1	24,8	100,0	0,0	157	*	*	*	*	100,0	*	27
Milieu de résidence														
Capitale	3,0	0,3	96,1	0,7	100,0	1,6	82	2,0	1,0	97,0	0,0	100,0	0,9	23
Autres villes	1,5	0,2	87,9	10,4	100,0	1,2	364	1,5	0,6	93,2	4,6	100,0	0,8	96
Ensemble urbain	1,8	0,2	89,4	8,6	100,0	1,3	446	1,6	0,7	94,0	3,7	100,0	0,8	120
Rural	0,5	0,0	70,5	29,0	100,0	0,5	1 437	0,8	0,2	80,4	18,6	100,0	0,8	400
Province														
Antananarivo	1,9	0,1	86,9	11,1	100,0	1,7	520	4,2	1,1	89,2	5,6	100,0	3,4	112
Fianarantsoa	0,3	0,0	65,2	34,5	100,0	0,2	373	0,0	0,0	91,7	8,3	100,0	0,0	116
Toamasina	0,0	0,0	69,0	31,0	100,0	0,0	292	0,0	0,0	75,0	25,0	100,0	0,0	92
Mahajanga	0,2	0,2	73,4	26,2	100,0	0,2	258	0,0	0,0	88,6	11,4	100,0	0,0	77
Toliara	0,8	0,0	71,5	27,7	100,0	0,7	291	0,0	0,8	64,2	35,0	100,0	0,0	74
Antsiranana	0,5	0,0	79,0	20,5	100,0	0,4	150	0,8	0,0	88,3	11,0	100,0	0,6	48
Niveau d'instruction														
Aucun	0,0	0,0	47,5	52,5	100,0	0,0	468	0,0	0,0	68,8	31,2	100,0	0,0	128
Primaire/ Alphabét.	0,1	0,0	78,5	21,4	100,0	0,1	958	0,0	0,4	85,5	14,2	100,0	0,0	267
Secondaire ou plus	3,0	0,2	95,7	1,0	100,0	2,7	457	4,0	0,7	94,3	1,1	100,0	3,3	125
Quintile de bien-être														
Le plus pauvre	0,0	0,0	52,4	47,6	100,0	0,0	450	0,0	0,0	79,7	20,3	100,0	0,0	94
Second	0,0	0,0	64,5	35,5	100,0	0,0	292	0,0	0,8	74,2	25,0	100,0	0,0	117
Moyen	0,0	0,0	79,8	20,2	100,0	0,0	381	0,0	0,0	77,9	22,1	100,0	0,0	108
Quatrième	0,5	0,0	86,9	12,6	100,0	0,4	353	0,0	0,0	93,6	6,4	100,0	0,0	106
Le plus riche	3,3	0,3	92,5	4,0	100,0	2,8	406	5,3	0,9	93,7	0,1	100,0	4,3	94
Ensemble	0,8	0,1	75,0	24,2	100,0	0,7	1 883	1,0	0,3	83,5	15,2	100,0	0,8	519

* Basé sur trop peu de cas non pondérés.

12.4 OPINIONS SUR LA NÉGOCIATION DE RAPPORTS SEXUELS AVEC LE CONJOINT

La promotion de comportements sexuels sans risque fait partie des mesures destinées à contrôler l'épidémie. Pour ce faire, il est donc important de savoir si les femmes ont le pouvoir de refuser des rapports sexuels à risque avec leur mari ou leur partenaire. Au cours de l'enquête, on a donc demandé aux hommes et aux femmes s'ils pensaient qu'il est justifié qu'une femme refuse d'avoir des rapports sexuels avec son mari ou son partenaire si elle sait qu'il a une IST.

Le tableau 12.7 présente les opinions des hommes et des femmes à ce sujet. Plus de huit femmes sur dix (87 %) et neuf hommes sur dix (90 %) pensent qu'une femme a le droit de refuser d'avoir des rapports sexuels avec son mari ou son partenaire quand elle sait que ce dernier a une IST. On constate peu de variation en fonction des caractéristiques socio-démographiques.

Tableau 12.7 Opinion sur la négociation de rapports sexuels protégés avec le conjoint

Pourcentage de femmes et d'hommes qui pensent que, si le conjoint a une IST, sa femme peut refuser d'avoir des rapports sexuels avec lui, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDSMD-III Madagascar 2003-2004

	Pourcentage de femmes qui pensent que :		Pourcentage d'hommes qui pensent que :	
Caractéristique	Une femme peut refuser les rapports sexuels	Effectif	Une femme peut refuser les rapports sexuels	Effectif
Âge				
15-19	80,4	1 528	77,7	416
20-24	88,2	1 391	92,6	416
25-29	87,9	1 347	93,4	400
30-39	88,0	2 095	93,2	543
40-49	88,8	1 587	93,3	441
15-24	84,1	2 919	85,1	832
État matrimonial				
Célibataire	84,3	1 693	84,7	757
A déjà eu des rapports sexuels	87,1	840	89,3	456
N'a jamais eu de rapports sexuels	81,5	853	77,8	301
En union	87,6	5 140	93,3	1 331
En rupture d'union	86,5	1 116	91,5	127
Milieu de résidence				
Capitale	95,9	466	97,5	139
Autres villes	91,4	1 509	93,8	382
Ensemble urbain	92,5	1 975	94,8	521
Rural	84,8	5 974	88,8	1 695
Province				
Antananarivo	92,7	2 671	96,5	701
Fianarantsoa	78,6	1 599	92,7	416
Toamasina	80,8	1 196	84,1	380
Mahajanga	85,8	987	90,2	276
Toliara	92,0	957	74,8	261
Antsiranana	86,6	539	95,5	183
Niveau d'instruction				
Aucun	76,0	1 741	81,1	363
Primaire/Alphabét.	85,3	3 757	88,5	1 088
Secondaire ou plus	96,5	2 451	97,0	765
Quintile de bien-être				
Le plus pauvre	80,4	1 700	84,4	383
Second	80,4	1 206	87,0	437
Moyen	82,2	1 466	86,2	439
Quatrième	90,5	1 531	94,0	416
Le plus riche	96,1	2 046	97,4	541
Ensemble	86,7	7 949	90,2	2 216

12.5 CONNAISSANCE D'UN ENDROIT OÙ SE PROCURER DES CONDOMS PARMI LES JEUNES

Les rapports sexuels non protégés sont un facteur de propagation de l'épidémie, et l'utilisation de condoms est l'un des seuls moyen efficace pour éviter de contracter le VIH/sida. Il est donc important que les condoms soient disponibles et d'accès facile. Au cours de l'enquête, on a donc demandé aux enquêtés s'ils connaissaient au moins un endroit où ils pouvaient se procurer des condoms. Les résultats sont présentés au tableau 12.8 pour les jeunes de 15 à 24 ans.

Tableau 12.8 Connaissance d'un endroit où se procurer un condom parmi les jeunes

Pourcentage de jeunes âgés de 15-24 qui connaissent au moins un endroit où se procurer un condom, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDSMD-III Madagascar 2003-2004

	Femmes		Hommes	
Caractéristique	Connaît un endroit	Effectif âgé de 15-24	Connaît un endroit	Effectif âgé de 15-24
Âge				
15-19	43,2	1 528	43,2	416
20-24	49,6	1 391	60,0	416
État matrimonial				
Célibataire	54,3	1 391	52,8	621
En union	40,6	1 291	47,3	184
En rupture d'union	29,7	237	*	27
Milieu de résidence				
Capitale	90,6	162	94,5	49
Autres villes	69,4	582	76,3	150
Ensemble urbain	74,0	744	80,8	199
Rural	36,8	2 175	42,5	633
Province				
Antananarivo	65,8	997	70,6	236
Fianarantsoa	33,0	625	51,3	177
Toamasina	47,9	409	50,7	142
Mahajanga	34,5	338	35,6	99
Toliara	26,7	363	31,0	107
Antsiranana	42,3	188	44,7	71
Niveau d'instruction				
Aucun	9,0	605	18,1	175
Primaire/Alphabét.	37,4	1 434	44,2	413
Secondaire ou plus	86,3	880	88,2	244
Quintile de bien-être				
Le plus pauvre	12,2	599	16,0	126
Second	16,7	412	29,6	176
Moyen	33,2	556	40,9	179
Quatrième	61,3	582	69,1	168
Le plus riche	86,7	770	91,9	182
Ensemble	46,3	2 919	51,6	832

* Basé sur trop peu de cas non pondérés.

Moins de la moitié (46 %) des jeunes femmes de 15 à 24 ans et un peu plus d'un homme de 15 à 24 ans sur deux (52 %) connaissent un endroit où il est possible de se procurer des condoms. La connaissance d'un tel endroit est positivement associée au milieu de résidence, au niveau d'instruction et au niveau de bien-être du ménage : la quasi-totalité des femmes (91 %) et des hommes de la capitale (95 %) ont déclaré savoir où s'adresser pour se procurer des condoms ; à l'opposé, en rural, ces proportions ne sont que de 37 % pour les femmes et 43 % pour les hommes. De même, 86 % des femmes et 88 % des hommes de niveau secondaire connaissent un endroit contre respectivement 9 % et 18 % parmi ceux sans instruction ; enfin dans le quintile le plus riche, les proportions de jeunes qui connaissent un endroit sont de 87 % pour les femmes et de 92 % pour les hommes. À l'opposé, dans le quintile le plus pauvre, seulement 12 % des femmes et 16 % des hommes ont déclaré connaître un tel endroit. On peut également mentionner que les endroits où se procurer des condoms sont plus fréquemment connus des célibataires que des jeunes en union, cela quel que soit le sexe. Enfin, la répartition par province montre que quel que soit le sexe, c'est dans la province d'Antananarivo que les jeunes sont, en proportion, les plus nombreux à connaître un endroit (66 % des femmes et 71 % des hommes) et dans celle de Toliara qu'ils sont les moins nombreux (27 % des femmes et 31 % des hommes).

12.6 RAPPORTS SEXUELS À HAUT RISQUE ET UTILISATION DU CONDOM

Le multi partenariat dans les rapports sexuels augmente le risque de contracter les IST, en particulier le VIH/sida, surtout dans les populations où la prévalence de l'utilisation du condom comme moyen de prévention est faible. Au cours de l'enquête, on a donc demandé aux hommes et aux femmes qui avaient eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois s'ils avaient eu des rapports sexuel à hauts risques, c'est-à-dire des rapports sexuels avec un partenaire non cohabitant et non marital, et si au cours de ces derniers rapports sexuels à hauts risques, ils avaient utilisé un condom. Les résultats sont présentés au tableau 12.9.

Tableau 12.9 Rapports sexuels à haut risque et utilisation du condom aux derniers rapports sexuels à haut risque au cours de l'année passée

Parmi les femmes et les hommes qui ont eu des rapports sexuels au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête, pourcentage de celles/ceux qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire non marital et non cohabitant (rapports sexuels à haut risque) au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête et, parmi ces femmes et ces hommes, pourcentage ayant déclaré avoir utilisé un condom la dernière fois qu'ils ont eu des rapports sexuels avec un partenaire non marital et non cohabitant, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDSMD-III Madagascar 2003-2004

	Femmes				Hommes			
Caractéristique	Pourcentage ayant eu des rapports sexuels à haut risque au cours des 12 derniers mois	Effectif de femmes sexuellement actives au cours des 12 derniers mois	Pourcentage ayant utilisé un condom au cours des derniers rapports sexuels à haut risque	Effectif de femmes ayant eu des rapports sexuels à haut risque au cours des 12 derniers mois	Pourcentage ayant eu des rapports sexuels à haut risque au cours des 12 derniers mois	Effectif d'hommes sexuellement actifs au cours des 12 derniers mois	Pourcentage ayant utilisé un condom au cours des derniers rapports sexuels à haut risque	Effectif d'hommes ayant eu des rapports sexuels à haut risque au cours des 12 derniers mois
Âge								
15-19	42,9	748	5,4	321	89,2	171	12,3	152
20-24	23,1	1 135	5,3	262	63,4	349	12,2	221
25-29	14,9	1 213	3,4	181	34,7	371	7,9	129
30-39	8,8	1 830	4,4	161	25,9	536	16,3	139
40-49	9,3	1 274	2,7	118	15,0	424	22,0	64
15-24	30,9	1 883	5,4	583	71,9	519	12,2	373
État matrimonial								
Célibataire	97,9	575	5,5	563	100,0	415	11,8	415
En union	1,4	5 079	5,8	69	14,3	1 321	17,5	189
En rupture d'union	75,2	547	3,1	412	88,2	114	10,4	101
Milieu de résidence								
Capitale	18,2	342	12,2	62	40,2	109	37,6	44
Autres villes	22,4	1 155	10,1	259	45,1	321	24,6	144
Ensemble urbain	21,4	1 497	10,5	321	43,8	429	27,6	188
Rural	15,4	4 704	2,0	722	36,3	1 421	7,9	516
Province								
Antananarivo	13,2	1 957	6,1	259	31,0	552	17,7	171
Fianarantsoa	16,7	1 095	2,9	183	40,7	341	13,6	139
Toamasina	17,5	1 002	5,7	175	32,5	325	14,5	106
Mahajanga	14,8	844	5,2	125	38,9	253	9,0	98
Toliara	23,5	828	3,5	195	48,6	227	8,5	110
Antsiranana	22,3	474	3,2	106	52,5	154	12,5	81
Niveau d'instruction								
Aucun	15,2	1 426	0,2	217	41,8	312	6,6	130
Primaire/Alphabét.	15,6	2 908	1,3	454	34,2	909	7,3	311
Secondaire ou plus	19,9	1 867	11,1	372	41,9	629	23,2	263
Quintile de bien-être								
Le plus pauvre	14,4	1 390	0,1	200	28,0	344	0,4	96
Second	17,4	937	0,0	163	42,3	373	6,0	158
Moyen	15,9	1 186	1,7	188	36,4	364	5,2	132
Quatrième	16,1	1 168	7,3	189	40,9	330	18,6	135
Le plus riche	20,0	1 520	10,1	303	41,7	439	27,7	183
Ensemble	16,8	6 201	4,6	1 043	38,1	1 851	13,1	705

On constate en premier lieu que 17 % des femmes ont déclaré avoir eu au cours des 12 derniers mois des rapports sexuels considérés comme étant à haut risque. Cette proportion varie de manière importante selon les caractéristiques socio-démographiques ; les femmes de 15-24 ans (31 % contre environ 9 % à partir de 30 ans), les célibataires (98 %) et les femmes en rupture d'union (75 %) sont celles qui ont déclaré le plus fréquemment avoir eu des rapports sexuels à risque. Parmi les femmes ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois, seulement 5 % ont utilisé un condom au cours des derniers rapports sexuels à haut risque. Cette proportion est plus élevée parmi les femmes de la capitale (12 %), parmi celles de niveau secondaire ou plus (11 %) et parmi celles du quintile le plus riche (10 %) que parmi les autres femmes. Par contre, on ne constate pas, parmi les femmes qui ont déclaré avoir eu des rapports sexuels à haut risque au cours des 12 derniers mois, un recours plus important au condom : en effet, seulement 5 % des jeunes de 15-24 ans, 6 % des célibataires et 3 % de celles en rupture d'union ont déclaré avoir utilisé un condom au cours des derniers rapports sexuels à risque.

Près de deux hommes sur cinq (38 %), soit une proportion plus élevé que chez les femmes, ont déclaré avoir eu, au cours des 12 derniers mois, des rapports sexuels à haut risque. Cette proportion est particulièrement élevée parmi les jeunes de 15-24 ans (72 %), les célibataires (100 %) et ceux en rupture d'union (88 %). Parmi les hommes ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois, 13 % ont utilisé un condom au cours des derniers rapports sexuels à haut risque. Comme chez les femmes, on constate que ce n'est pas parmi les hommes qui ont déclaré le plus fréquemment avoir eu des rapports sexuels à hauts risques que l'utilisation du condom a été la plus importante : en effet, seulement, 12 % des jeunes de 15-24 ans, 12 % des célibataires et 10 % de ceux en rupture d'union ont déclaré avoir utilisé un condom au cours des rapports sexuels à risque.

12.7 RAPPORTS SEXUELS PAYANTS

Les rapports sexuels payants sont considérés comme des rapports sexuels à haut risque dans la mesure où ils sont associés à un nombre élevé de partenaires. Au cours de l'EDSMD-III, on a donc demandé aux femmes si, au cours des douze derniers mois, elles avaient eu de rapports sexuels en échange d'argent, de cadeau ou contre rémunération, et aux hommes s'ils avaient eu des rapports sexuels avec des partenaires qu'ils avaient payés. De plus, on leur a demandé si, au cours des derniers rapports sexuels payants, ils/elles avaient utilisé un condom. Les résultats sont présentés au tableau 12.10.

Parmi les enquêtés, une très faible proportion de femmes (1%) et d'hommes (4 %) ont déclaré avoir eu, au cours des 12 derniers mois, des rapports sexuels en échange d'argent, de cadeau ou d'autres faveurs chez les femmes et en payant chez les hommes. La proportion de femmes ayant utilisé un condom au cours de ces derniers rapports sexuels payants est de 5 % ; chez les hommes, elle est beaucoup plus élevée (18 %). Étant donné la faiblesse des effectifs, l'analyse des résultats selon les caractéristiques socio-démographiques n'aurait pas beaucoup de sens.

Tableau 12.10 Rapports sexuels payants au cours des 12 derniers mois et utilisation du condom au cours des derniers rapports sexuels payants

Pourcentage d'hommes et de femmes ayant déclaré avoir eu des rapports sexuels payants au cours des 12 derniers mois et, parmi ces hommes et ces femmes , pourcentage ayant déclaré avoir utilisé un condom la dernière fois qu'ils ont eu ces rapports sexuels payants, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDSMD-III Madagascar 2003-2004

	Femmes				Hommes			
Caractéristique	Pourcentage ayant déclaré avoir eu des rapports sexuels payants au cours des 12 derniers mois	Effectif	Pourcentage ayant déclaré avoir utilisé un condom au cours des derniers rapports sexuels payants	Effectif de femmes ayant déclaré avoir eu des rapports sexuels payants au cours des 12 derniers mois	Pourcentage ayant déclaré avoir eu des rapports sexuels payants au cours des 12 derniers mois	Effectif	Pourcentage ayant déclaré avoir utilisé un condom au cours des derniers rapports sexuels payants	Effectif d'hommes ayant déclaré avoir eu des rapports sexuels payants au cours des 12 derniers mois
Âge								
15-19	2,2	1 528	(2,8)	34	4,5	416	*	19
20-24	1,8	1 391	(3,0)	24	5,4	416	(24,2)	23
25-29	1,1	1 347	*	15	4,1	400	*	17
30-39	1,1	2 095	(12,2)	23	3,1	543	(30,3)	17
40-49	1,2	1 587	*	19	1,4	441	*	6
15-24	2,0	2 919	2,9	58	4,9	832	(14,9)	41
État matrimonial								
Célibataire	2,5	1 694	(2,3)	42	4,8	757	(19,5)	36
En union	0,6	5 140	(0,0)	29	2,9	1 333	(15,4)	39
En rupture d'union	4,0	1 115	9,9	44	4,5	126	*	6
Milieu de résidence								
Capitale	0,1	466	*	1	3,5	139	*	5
Autres villes	1,5	1 509	11,6	23	4,7	382	(42,6)	18
Ensemble urbain	1,2	1 975	13,6	24	4,4	521	(45,6)	23
Rural	1,5	5 974	2,4	92	3,4	1 695	(6,5)	58
Province								
Antananarivo	0,2	2 671	*	6	0,7	701	*	5
Fianarantsoa	1,0	1 599	*	16	1,4	416	*	6
Toamasina	0,9	1 196	*	11	3,8	380	*	14
Mahajanga	2,1	987	*	21	5,0	276	*	14
Toliara	4,9	957	1,8	47	10,4	261	(6,7)	27
Antsiranana	2,8	539	*	15	8,1	183	*	15
Niveau d'instruction								
Aucun	2,4	1 741	(0,0)	41	6,8	363	*	25
Primaire/Alphabét.	1,6	3 757	5,7	59	3,0	1 088	(6,4)	33
Secondaire ou plus	0,6	2 451	(13,6)	15	3,0	765	(46,4)	23
Quintile de bien-être								
Le plus pauvre	2,1	1 700	(6,0)	36	3,7	383	*	14
Second	2,1	1 206	*	25	5,9	437	(0,0)	26
Moyen	1,9	1 466	*	28	3,4	439	*	15
Quatrième	1,0	1 531	*	16	2,5	416	*	10
Le plus riche	0,5	2 046	(16,9)	10	2,9	541	(60,6)	16
Ensemble	1,4	7 949	4,7	115	3,6	2 216	17,5	81

( ) Basé sur un faible nombre de cas non pondérés.
* Basé sur trop peu de cas non pondérés.

12.8 ACTIVITÉ SEXUELLE CHEZ LES JEUNES

Âge aux premiers rapports sexuels des jeunes

La connaissance de l'âge au premier rapport sexuel est utile car elle permet d'adapter les programmes de prévention du VIH/sida afin de réduire l'exposition des jeunes aux rapports sexuels à risques non protégés.

On constate que près d'un tiers des femmes de 15-24 ans (31 %) avaient déjà eu leurs premiers rapports sexuels en atteignant 15 ans. Chez les hommes, cette proportion est plus faible (22 %). On constate que quel que soit le sexe, ces rapports sexuels précoces sont plus fréquents en milieu rural (33 % des femmes et 25 % des hommes contre respectivement, 12 % et 8 % dans la capitale), dans la province d'Antsiranana (53 % des femmes et 34 % des hommes), parmi les jeunes sans instruction (56 % des femmes et 36 % des hommes) et parmi ceux des ménages des deux premiers quintiles.

Tableau 12.11 Âge des jeunes de 15-24 ans aux premiers rapports sexuels

Pourcentage de femmes et d'hommes âgés de 15-24 ans qui ont déjà eu des rapports sexuels en atteignant les âges exacts de 15 et 18 ans, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDSMD-III, Madagascar 2003-2004

	Femmes 15-24 ans			Hommes 15-24 ans		
	Pourcentage ayant déjà eu des rapports sexuels en atteignant :			Pourcentage ayant déjà eu des rapports sexuels en atteignant :		
Caractéristique	15 ans	18 ans	Effectif	15 ans	18 ans	Effectif
Âge						
15-17	29,7	a	831	19,5	a	253
18-19	34,4	71,3	697	19,5	64,1	163
15-19	**31,9**	**a**	**1 528**	**19,5**	**a**	**416**
20-22	31,1	74,6	840	27,3	69,5	265
23-24	28,3	74,5	551	21,3	80,4	151
20-24	**30,0**	**74,6**	**1 391**	**25,1**	**73,5**	**416**
État matrimonial						
Célibataire	14,6	36,4	1 391	17,1	48,1	621
En union	43,8	87,7	1 291	37,2	90,2	184
En rupture d'union	57,3	88,4	238	*	*	27
Milieu de résidence						
Capitale	12,0	41,5	162	7,6	43,8	49
Autres villes	28,0	61,6	582	17,1	57,0	150
Ensemble urbain	24,5	57,2	744	14,8	53,7	199
Rural	33,2	65,4	2 175	24,7	60,5	633
Province						
Antananarivo	13,0	43,2	997	8,0	43,0	236
Fianarantsoa	30,5	66,9	625	28,9	63,5	177
Toamasina	37,7	77,7	409	23,4	63,0	142
Mahajanga	40,9	73,8	338	32,1	72,9	99
Toliara	53,0	78,2	363	24,4	62,7	107
Antsiranana	53,3	79,3	188	34,4	66,8	71
Niveau d'instruction						
Sans instruction	56,3	82,4	605	35,9	67,6	175
Primaire/alphabétisation	32,0	66,8	1 434	22,1	62,8	413
Secondaire ou plus	11,9	44,5	880	13,0	46,0	244
Quintiles de bien-être économique						
Le plus pauvre	48,5	77,0	599	31,3	67,4	126
Second	42,8	70,8	412	30,9	65,0	176
Moyen	32,3	73,9	556	22,7	58,2	179
Quatrième	27,2	60,0	582	20,1	60,0	168
Le plus riche	13,0	43,6	770	9,3	46,7	182
Ensemble 15-24	31,0	a	2 919	22,3	a	832

a = Non calculé parce que le groupe d'âges 15-17 ans n'avait pas encore 18 ans pour permettre le calcul de l'indicateur à 18 ans.
* Basé sur trop peu de cas non pondérés.

Rapports sexuels à haut risque et utilisation du condom chez les jeunes

Le tableau 12.12 et le graphique 12.1 présentent les proportions de jeunes de 15 à 24 ans ayant eu des rapports sexuels considérés comme étant à risque, c'est-à-dire avec un partenaire non marital et non cohabitant, et les proportions de celles/ceux qui ont utilisé un condom au cours de ces derniers rapports sexuels à hauts risques. Les résultats montrent que 31 % des jeunes femmes de 15-24 ans et 72 % des jeunes hommes ont déclaré avoir eu des rapports sexuels à hauts risques au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête. Parmi ces femmes, seulement 5 % ont utilisé un condom au cours de ces derniers rapports sexuels à haut risque ; parmi les hommes, cette proportion est plus élevée (12 %).

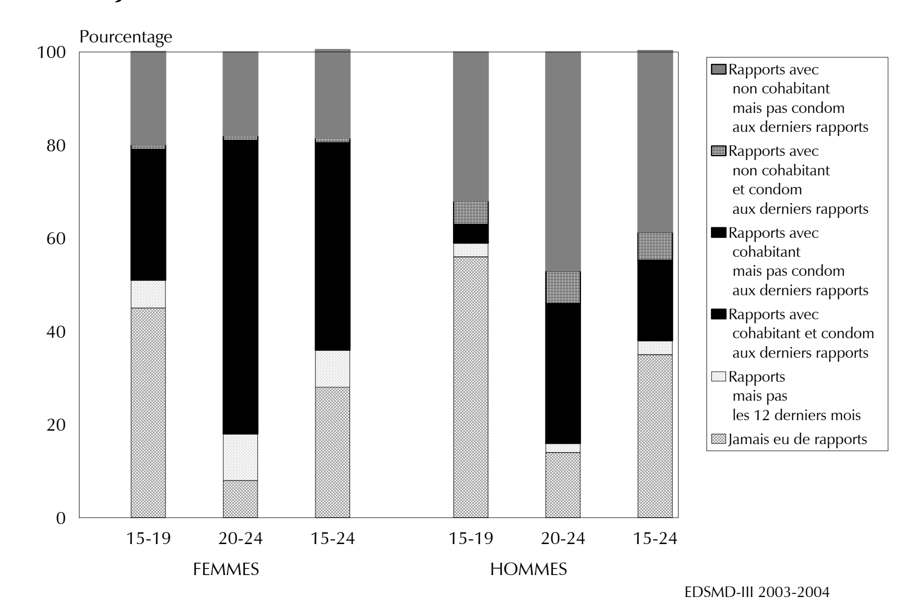
Tableau 12.12 Rapports sexuels à haut risque et utilisation du condom lors des derniers rapports à haut risque au cours des 12 derniers mois par les jeunes sexuellement actifs

Parmi les jeunes de 15-24 ans qui ont eu des rapports sexuels au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête, pourcentage ayant eu des rapports sexuels avec un partenaire non marital et non cohabitant (rapports sexuels à haut risque) au cours des 12 derniers mois et, parmi ceux-ci, pourcentage qui ont déclaré avoir utilisé un condom la dernière fois qu'ils ont eu ces rapports sexuels à haut risque, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDSMD-III Madagascar 2003-2004

	Femmes 15-24 ans				Hommes 15-24 ans			
Caractéristique	Pourcentage ayant eu des rapports sexuels à haut risque au cours des 12 derniers mois	Effectif de femmes sexuellement actives au cours des 12 derniers mois	Pourcentage ayant utilisé un condom au cours des derniers rapports à haut risque	Effectif de femmes ayant eu des rapports à haut risque au cours des 12 derniers mois	Pourcentage ayant eu des rapports sexuels à haut risque au cours des 12 derniers mois	Effectif d'hommes sexuellement actifs au cours des 12 derniers mois	Pourcentage ayant utilisé un condom au cours des derniers rapports à haut risque	Effectif d'hommes ayant eu des rapports à haut risque au cours des 12 derniers mois
Âge								
15-19	42,9	748	5,4	321	89,2	171	12,3	152
20-24	23,1	1 135	5,3	262	63,4	349	12,2	221
État matrimonial								
Célibataire	97,6	445	6,3	434	100,0	310	13,0	310
En union	2,7	1 282	(5,6)	35	22,0	182	(12,7)	40
En rupture d'union	72,6	157	1,8	114	*	27	*	24
Milieu de résidence								
Capitale	43,9	82	9,8	36	84,6	23	38,5	20
Autres villes	40,4	364	11,5	147	82,6	96	24,2	80
Ensemble urbain	41,0	446	11,2	183	83,0	120	27,0	99
Rural	27,8	1 437	2,7	400	68,6	400	6,9	274
Province								
Antananarivo	28,1	520	7,6	146	65,2	112	19,2	73
Fianarantsoa	29,5	373	1,2	110	76,2	116	12,2	89
Toamasina	28,5	292	9,1	83	58,5	92	19,5	54
Mahajanga	28,3	258	7,2	73	66,4	77	(6,7)	51
Toliara	40,1	291	3,4	117	89,0	74	5,3	66
Antsiranana	35,7	150	4,2	54	84,9	48	8,5	41
Niveau d'instruction								
Aucun	25,8	468	0,0	121	63,3	128	6,2	81
Primaire/Alphabét.	27,7	958	1,4	266	69,0	267	9,2	184
Secondaire ou plus	43,0	457	14,0	196	86,9	125	21,9	109
Quintile de bien-être								
Le plus pauvre	25,5	450	0,1	115	64,7	94	(0,6)	61
Second	27,8	292	0,0	81	69,0	117	2,3	81
Moyen	28,9	381	0,0	110	78,2	108	6,7	84
Quatrième	33,9	353	10,2	120	63,8	106	20,5	68
Le plus riche	38,6	406	12,1	157	84,5	94	30,0	80
Ensemble	30,9	1 883	5,4	583	71,9	519	12,2	373

( ) Basé sur un faible nombre de cas non pondérés.
* Basé sur trop peu de cas non pondérés.

Graphique 12.1 Rapports sexuels à haut risque parmi les jeunes de 15-24 ans cohabitants et non-cohabitants



La quasi-totalité des femmes célibataires (98 %) ont déclaré avoir eu des rapports sexuels à hauts risques et seulement 6 % ont utilisé un condom au cours de ces derniers rapports sexuels. De plus, on constate que les femmes qui vivent en urbain, particulièrement dans la capitale, celles qui sont les plus instruites et celles qui vivent dans les ménages les plus riches sont celles qui ont déclaré le plus fréquemment avoir eu des rapports sexuels à hauts risques. Ce sont également ces femmes qui ont le plus fréquemment déclaré avoir utilisé un condom au cours de ces derniers rapports sexuels à risques.

Près des trois quarts des hommes ont déclaré avoir eu des rapports sexuels à risques au cours des 12 derniers mois ; ces hommes appartiennent aux mêmes catégories socio-démographiques que les femmes. On constate, comme chez les femmes, que la fréquence de ces rapports sexuels à hauts risques s'accompagne d'un recours plus important au condom.

On constate au graphique 12.1 que dans le groupe d'âges 15-24 ans, 28 % des jeunes femmes et 35 % des jeunes hommes n'ont jamais eu de rapports sexuels alors que chez les femmes, 8 % avaient eu des rapports sexuels mais pas au cours de 12 derniers mois ; chez les hommes, cette proportion est de 3 %. De plus, que ce soit chez les hommes ou chez les femmes, on constate qu'une très faible proportion a déclaré avoir eu des rapports sexuels avec un partenaire cohabitant et avoir utilisé un condom au cours des derniers rapports sexuels (moins d'un pour cent). Par contre, 44 % des femmes et 17 % des hommes ont eu des rapports sexuels avec un partenaire cohabitant mais sans avoir utilisé de condom au cours des derniers rapports sexuels. On constate enfin que 19 % des femmes et 39 % des hommes ont accru leur risque de contracter le VIH/sida puisque qu'ils ont eu des rapports sexuels avec un partenaire non cohabitant sans utiliser de condom. Quel que soit le groupe d'âges, les risques de contracter le virus qui cause le sida sont élevés, en particulier pour les hommes, puisque dans le groupe 15-19 ans, 20 % des femmes et 32 % des hommes ont eu des rapports sexuels avec un partenaire non cohabitant sans utiliser de condom. Dans le groupe d'âges 20-24 ans, les proportions sont respectivement de 18 % et 47 %.

12.9 RAPPORTS SEXUELS PRÉ MARITAUX ET UTILISATION DU CONDOM PARMI LES CÉLIBATAIRES DE 15-24 ANS

Les jeunes célibataires constituent une population à risque dans la mesure où, à cette période de la vie, les relations sexuelles sont généralement instables et le multipartenariat fréquent. Le tableau 12.13

présente les pourcentages de jeunes célibataires de 15-24 ans qui ont eu des rapports sexuels au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête et parmi eux ceux qui ont utilisé un condom au cours des derniers rapports sexuels. Les résultats sont présentés pour les hommes et les femmes et selon les caractéristiques socio-démographiques.

On constate que près d'un tiers des jeunes femmes célibataires de 15 à 24 ans (32 %) ont déclaré avoir eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois. Seulement 6 % ont déclaré avoir utilisé un condom au cours des derniers rapports sexuels. Les rapports sexuels pré maritaux sont plus fréquents parmi les femmes de 20 à 24 ans que parmi les plus jeunes (47 % contre 27 % à 15-19 ans), parmi celles vivant en urbain, en particulier dans les autres villes, (37 % contre 31 % en rural et 29 % dans la capitale), parmi celles n'ayant aucune instruction (39 % contre 31 % en moyenne pour celles qui sont instruites), parmi celles vivant dans la province de Toliara (54 %) et parmi celles vivant dans les ménages les plus pauvres (38 % contre 28 % pour les ménages les plus riches).

Tableau 12.13 Rapports sexuels prémaritaux et utilisation du condom lors des derniers rapports sexuels prémaritaux au cours des 12 derniers mois par les jeunes célibataires

Parmi les jeunes célibataires de 15-24 ans, pourcentage qui n'ont jamais eu de rapports sexuels et pourcentage en ayant eu des rapports sexuels prémaritaux au cours des 12 derniers mois ayant précédé l'enquête et, parmi ceux qui ont eu ces rapports sexuels, pourcentage qui ont utilisé un condom au cours des derniers rapports, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDSMD-III Madagascar 2003-2004

	Femmes 15-24 ans célibataires					Hommes 15-24 ans célibataires				
Caractéristique	Pourcentage qui n'a jamais eu de rapports sexuels	Pourcentage ayant eu des rapports sexuels prémaritaux au cours des 12 derniers mois	Effectif de célibataires de 15-24 ans	Pourcentage ayant utilisé un condom au cours des derniers rapports sexuels prémaritaux	Effectif qui a eu des rapports sexuels prémaritaux	Pourcentage qui n'a jamais eu de rapports sexuels	Pourcentage ayant eu des rapports sexuels prémaritaux au cours des 12 derniers mois	Effectif de célibataires de 15-24 ans	Pourcentage ayant utilisé un condom au cours des derniers rapports sexuels prémaritaux	Effectif qui a eu des rapports sexuels prémaritaux
Âge										
15-19	67,5	26,7	1 024	5,6	273	59,6	36,9	389	13,1	144
20-24	30,8	46,8	366	7,1	171	24,4	71,7	232	12,9	166
Milieu de résidence										
Capitale	66,7	28,8	111	11,1	32	54,0	42,2	44	36,7	18
Autres villes	53,8	36,7	322	11,0	118	38,9	57,4	126	24,9	72
Ensemble urbain	57,1	34,7	433	11,0	150	42,8	53,5	170	27,3	91
Rural	58,1	30,8	958	3,7	295	47,8	48,5	452	7,1	219
Province										
Antananarivo	72,7	22,6	595	7,7	135	57,4	35,8	193	19,1	69
Fianarantsoa	52,0	27,7	309	1,5	86	43,1	50,7	122	11,4	62
Toamasina	45,3	41,1	162	8,2	67	48,0	50,5	98	21,2	49
Mahajanga	47,4	43,1	114	(9,2)	49	37,6	62,4	60	(9,0)	38
Toliara	35,2	54,1	145	4,7	78	35,5	63,8	91	5,8	58
Antsiranana	49,4	46,6	65	6,6	30	40,4	59,4	57	(8,0)	34
Niveau d'instruction										
Aucun	42,5	38,8	176	0,0	68	37,4	59,3	113	(7,4)	67
Primaire/ Alphabét.	56,1	31,5	619	1,2	195	44,6	49,9	293	8,7	146
Secondaire ou plus	64,1	30,5	596	13,8	182	53,8	44,8	215	23,3	96
Quintile de bien-être										
Le plus pauvre	43,7	37,5	202	(0,2)	76	42,4	57,6	75	(0,0)	43
Second	56,9	31,4	151	(0,0)	48	43,9	52,1	124	(2,9)	65
Moyen	46,0	38,0	225	0,0	86	45,9	50,3	142	7,4	71
Quatrième	62,6	30,4	312	12,6	95	44,0	48,4	120	18,1	58
Le plus riche	66,1	28,2	500	10,8	141	52,7	45,2	160	31,0	72
Ensemble 15-24	57,8	32,0	1 391	6,2	445	46,4	49,9	621	13,0	310

( ) Basé sur un faible nombre de cas non pondérés.

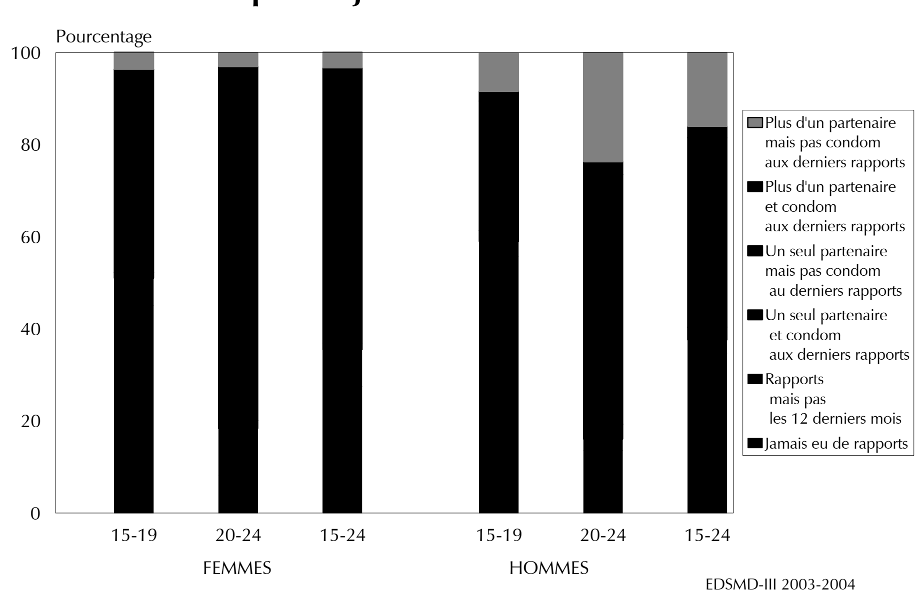
L'utilisation des condoms par les jeunes femmes célibataires est encore relativement peu importante (globalement 6 %) ; les résultats montrent que l'utilisation du condom n'est pas obligatoirement associée à une fréquence élevée des rapports sexuels pré maritaux : en effet, ce sont les femmes les plus instruites qui l'ont utilisé le plus fréquemment (14 %) alors que ce n'est pas dans ce groupe de femmes que les rapports sexuels pré maritaux sont les plus fréquents. Par contre, parmi les célibataires sans instruction, aucune n'a déclaré avoir utilisé un condom lors des derniers rapports sexuels. Il en est de même dans la province de Toliara où 54 % des femmes ont déclaré avoir eu des rapports sexuels pré maritaux et où seulement 5 % ont utilisé un condom. C'est en milieu urbain, en particulier dans les autres villes, que l'on constate que la fréquence d'utilisation du condom va de pair avec une fréquence élevée des rapports sexuels pré maritaux.

Une proportion plus élevée d'hommes célibataires que de femmes ont déclaré avoir eu, au cours des 12 derniers mois, des rapports sexuels pré maritaux (50 % contre 39 %). Parmi eux, 13 % ont utilisé un condom au cours des derniers rapports sexuels. Les hommes qui ont déclaré le plus fréquemment avoir eu des rapports sexuels pré maritaux appartiennent aux mêmes catégories socio-démographiques que les femmes : il s'agit essentiellement de ceux de 20-24 ans (72 % contre 37 % à 15-19 ans), de ceux des autres villes (57 % contre 49 % et 42 % dans la Capitale), de ceux sans instruction (59 % contre 48 % en moyenne pour ceux qui sont instruits) et de ceux des ménages les plus pauvres (58 % contre 45 % pour le plus riche). C'est également dans les provinces de Toliara et de Mahajanga qu'ils sont, en proportion, les plus nombreux (respectivement, 64 % et 62 %).

Tout comme chez les femmes, les résultats montrent que l'utilisation du condom n'est pas obligatoirement associée à une fréquence élevée des rapports sexuels pré maritaux : en effet, à l'exception du milieu urbain qui se caractérise par une fréquence élevée des rapports sexuels pré maritaux accompagnée d'une utilisation du condom plus importante qu'ailleurs, c'est parmi les catégories dans lesquelles la fréquence des rapports sexuels pré maritaux est plus faible qu'ailleurs que la proportion de ceux qui ont utilisé un condom est la plus élevée (37 % dans la capitale, 31 % dans les ménages du quintile le plus riche et 23 % parmi les plus instruits).

Le graphique 12.2 présente les proportions de jeunes hommes et de jeunes femmes selon la catégorie de risque de contracter le VIH/sida à laquelle ils appartiennent.

Graphique 12.2 Abstinence, fidélité et utilisation du condom par les jeunes de 15-24 ans



On constate que 28 % des jeunes femmes de 15 à 24 ans et 35 % des jeunes hommes de 15 à 24 ans n'ont jamais eu de rapports sexuels (graphique 12.2) alors que, respectivement, 8 % et 3 % ont eu des rapports sexuels mais pas dans les douze derniers mois.

En outre, seulement 1 % des femmes et 3 % des hommes n'ont eu qu'un seul partenaire et ont utilisé un condom au cours des derniers rapports sexuels, 60 % des femmes et 41 % des hommes n'ont eu qu'un seul partenaire mais n'ont pas utilisé de condom au cours des derniers rapports sexuels. Une proportion négligeable de femmes ont eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire et ont utilisé un condom au cours des derniers rapports sexuels ; chez les hommes, cette proportion est de 3 %. Enfin, 3 % des femmes et 16 % des hommes ont couru des risques importants de contracter le virus du sida car ils ont eu plus d'un partenaire mais ils n'ont pas utilisé de condom au cours des derniers rapports sexuels. Dans le groupe d'âges 20-24 ans, plus des trois quarts des femmes (77 %) et plus de la moitié des hommes (54 %) n'ont eu qu'un seul partenaire mais n'ont pas utilisé de condom au cours des derniers rapports sexuels ; on constate également dans ce groupe d'âges que près d'un quart des hommes (24 %) ont eu plus d'un partenaire sans utiliser de condom au cours des derniers rapports sexuels. Quel que soit le groupe d'âges, on constate que les hommes qui ont eu les comportements les plus à risque sont toujours plus nombreux que les femmes, en particulier à 20-24 ans.

En fonction de l'âge, on constate que plus de deux femmes de 15-19 ans sur cinq n'ont jamais eu de rapports sexuels (45 %) ; chez les hommes, cette proportion est plus élevée (56 %). Cependant, il faut souligner que 32 % ont eu des rapports sexuels avec un partenaire sexuel non cohabitant sans utiliser de condom. Chez les femmes, cette proportion est de 20 %. Dans le groupe d'âges 20-24 ans, 10 % des femmes ont eu des rapports sexuels mais pas dans les 12 derniers mois ; chez les hommes, cette proportion est de 3 %, Trois hommes sur dix (30 %), ont eu des rapports sexuels avec un partenaire cohabitant sans utiliser de condom au cours des derniers rapports sexuels et seulement 7 % en ont utilisé un. Près d'une femme de 20-24 ans sur cinq (18 %) ont eu le même comportement.

12.10 MULTIPLICITÉ DES PARTENAIRES SEXUELS PARMI LES JEUNES

Les rapports sexuels avec des partenaires multiples accroissent les risques de transmission de l'infection par le VIH. Le tableau 12.14 présente les pourcentages d'hommes et de femmes de 15-49 ans, sexuellement actifs et qui ont eu plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois.

Seulement 3 % des femmes de 15-49 ans ont déclaré avoir eu au moins 2 partenaires au cours des 12 derniers mois ; par contre, chez les hommes, cette proportion est de 20 %. La fréquence des rapports sexuels avec des partenaires multiples est plus élevée parmi les jeunes femmes (8 % à 15-19 ans) que parmi les plus âgées. On constate des écarts selon l'état matrimonial : 11 % des célibataires et 15 % des femmes en rupture d'union ont eu des rapports sexuels avec, au moins, 2 partenaires contre 1 % pour les femmes en union. En fonction du milieu de résidence, on constate que c'est dans la capitale que les proportions de femmes ayant eu plusieurs partenaires sexuels sont les plus faibles (1 % contre 4 % dans les autres Villes et 3 % en rural). Les résultats selon les provinces montrent que c'est dans celles de Toliara et d'Antsiranana que le multipartenariat est le plus fréquent (7 % contre un minimum de 1 % dans celle d'Antananarivo et 2 % dans celle de Toamasina). Par niveau d'instruction, on constate que ce sont les femmes sans instruction qui ont eu le plus fréquemment au moins 2 partenaires au cours des 12 derniers mois (4 % contre 2 % pour celles ayant un niveau secondaire ou plus). Enfin, les résultats par quintile de bien-être laissent apparaître quelques écarts, la fréquence du multipartenariat diminuant des ménages les plus pauvres aux plus riches (4 % chez les plus pauvres contre 2 % chez les plus riches).

La proportion d'hommes ayant déclaré avoir eu des rapports sexuels avec plusieurs partenaires est beaucoup plus élevée que celle des femmes (20 % contre 3 %). Comme chez les femmes, le multipartenariat est plus fréquent chez les jeunes que chez les plus âgés (26 % à 15-29 ans contre 15 % à 30-39 ans) ; il est aussi plus fréquent chez les célibataires (35 %) et ceux en rupture d'union (34 %) que chez ceux en union (14 %). Par contre, à la différence des femmes, c'est en urbain (25 % contre 18 % en rural) et dans la province d'Antsiranana (39 %) que la proportion des hommes ayant eu plusieurs partenaires au cours des 12 derniers mois est la plus élevée. En fonction du niveau d'instruction, on ne constate pas d'écart entre ceux sans instruction et les plus instruits (22 % dans les deux cas). Quant aux résultats selon le quintile de bien-être, ils ne font pas apparaître de tendance en fonction du niveau socio-économique du ménage.

Tableau 12.14 Multiplicité des partenaires sexuels parmi la population sexuellement active

Parmi les femmes et les hommes âgés de 15-49 ans et sexuellement actifs au cours des 12 derniers mois, pourcentage de ceux et de celles qui ont eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDSMD-III Madagascar 2003-2004

	Femmes 15-49 ans sexuellement actives		Hommes 15-49 ans sexuellement actifs	
Caractéristique	Pourcentage ayant eu 2+ partenaires au cours des 12 derniers mois	Effectif	Pourcentage ayant eu 2+ partenaires au cours des 12 derniers mois	Effectif
Âge				
15-19	7,6	748	25,6	171
20-24	3,8	1 135	31,6	349
25-29	2,6	1 213	23,2	371
30-39	2,2	1 830	15,3	536
40-49	2,4	1 274	11,3	424
État matrimonial				
Célibataire	11,3	575	34,9	415
En union	1,1	5 079	14,1	1 321
En rupture d'union	14,8	547	34,1	114
Milieu de résidence				
Capitale	1,3	342	23,4	109
Autres villes	3,5	1 155	25,8	321
Ensemble urbain	3,0	1 497	25,2	429
Rural	3,4	4 704	18,4	1 421
Province				
Antananarivo	1,2	1 957	12,9	552
Fianarantsoa	4,0	1 095	21,2	341
Toamasina	1,6	1 002	16,6	325
Mahajanga	3,9	844	19,3	253
Toliara	6,8	828	28,4	227
Antsiranana	6,6	474	38,7	154
Niveau d'instruction				
Aucun	4,0	1 426	22,4	312
Primaire/ Alphabét.	3,5	2 908	17,5	909
Secondaire ou plus	2,3	1 867	22,4	629
Quintile de bien-être				
Le plus pauvre	4,2	1 390	14,4	344
Second	4,2	937	24,5	373
Moyen	3,6	1 186	17,1	364
Quatrième	2,5	1 168	21,6	330
Le plus riche	2,2	1 520	21,8	439
Ensemble	3,3	6 201	20,0	1 851

12.11 INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

Madagascar se caractérise par une prévalence élevée des Infections Sexuellement Transmissibles (IST). Au cours de l'EDSMD-III, on a donc posé des questions pour essayer de déterminer le niveau de connaissance des IST et d'estimer une prévalence déclarée des IST par les enquêtés. Les résultats sont présentés pour les femmes au tableau 12.15.1 et au tableau 12.15.2 pour les hommes selon les caractéristiques socio-démographiques.

Tableau 12.15.1 Connaissance des signes ou symptômes des infections sexuellement transmissibles : femmes

Pourcentage de femmes qui connaissent les signes ou symptômes associés aux infections sexuellement transmissibles (IST) chez l'homme et chez la femme, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDSMD-III Madagascar 2003-2004

Caractéristique	Ne connaît pas les IST	Connaissent des signes ou symptômes spécifiques des IST chez l'homme			Connaissent des signes ou symptômes spécifiques des IST chez la femme			Effectif de femmes[1]
		Pas de signes/ symptômes cités	Un signe/ symptôme cité	Deux signes/ symptômes ou plus cités	Pas de signes/ symptômes cités	Un signe/ symptôme cité	Deux signes/ symptômes ou plus cités	
Âge								
15-19	60,4	11,1	9,3	19,2	11,2	8,8	19,7	1 528
20-24	47,2	11,6	12,3	28,9	12,1	9,9	30,9	1 391
25-29	47,7	9,7	11,6	30,9	10,4	11,4	30,4	1 347
30-39	42,9	10,2	12,2	34,7	12,0	12,4	32,7	2 095
40-49	44,6	9,6	14,8	31,0	10,1	13,9	31,4	1 587
État matrimonial								
Célibataire	50,2	11,6	11,5	26,7	11,1	10,3	28,4	1 694
A eu de rapports sexuels	45,2	10,6	12,0	32,2	11,4	10,8	32,6	840
N'a jamais eu de rapports sexuels	55,1	12,6	11,0	21,3	10,8	9,7	24,3	854
En union	47,1	10,3	12,1	30,5	11,4	11,5	30,0	5 139
En rupture d'union	50,1	9,0	12,8	28,0	10,6	12,7	26,6	1 116
Milieu de résidence								
Capitale	13,4	17,7	15,7	53,2	16,2	12,1	58,3	466
Autres villes	35,4	10,5	12,9	41,2	12,2	13,0	39,4	1 509
Ensemble urbain	30,2	12,2	13,5	44,1	13,1	12,8	43,9	1 975
Rural	54,1	9,8	11,6	24,4	10,6	10,9	24,4	5 974
Province								
Antananarivo	34,5	14,5	16,4	34,6	15,2	14,5	35,9	2 671
Fianarantsoa	76,2	5,0	6,4	12,5	5,1	7,2	11,5	1 599
Toamasina	48,2	5,7	11,0	35,1	6,1	11,1	34,6	1 196
Mahajanga	52,8	7,2	8,8	31,2	9,2	8,2	29,8	987
Toliara	41,3	13,1	15,1	30,3	17,2	14,3	27,0	957
Antsiranana	36,6	17,7	10,7	35,0	14,0	9,8	39,6	539
Niveau d'instruction								
Aucun	68,3	8,0	8,6	15,0	8,9	7,7	15,0	1 741
Primaire/Alphabét.	59,3	10,1	10,6	20,0	11,1	9,9	19,7	3 757
Secondaire ou plus	16,9	12,6	16,8	53,7	12,9	16,3	53,9	2 451
Ensemble[2]	48,2	10,4	12,1	29,3	11,2	11,4	29,2	7 949

[1] Y compris les femmes qui n'ont pas entendu parler du sida.
[2] Y compris 1 cas pour lequel l'état matrimonial n'est pas déterminé.

Connaissance des IST

On constate en premier lieu que près de la moitié des femmes (48 %) ne connaissent pas les IST ; cette proportion n'a quasiment pas varié depuis l'EDS de 1997 (46 %). Cette proportion est particulièrement élevée parmi les jeunes de 15 à 19 ans (60 %), les célibataires n'ayant jamais eu de rapport sexuel (55 %), parmi celles vivant en milieu rural (54 %), parmi celles de la province de Fianarantsoa (76 %) et parmi celles sans instruction (68 %). En outre, 10 % des femmes n'ont pas pu citer un symptôme caractéristique de ces infections chez l'homme. À l'opposé, 12 % ont été capables d'en citer un et une proportion plus élevée (29 %) a pu en citer au moins deux. Il s'agit principalement des femmes de 20-39 ans, des célibataires ayant déjà eu des rapports sexuels (32 %). On constate également que la connaissance d'au moins deux symptômes est plus fréquente chez les femmes de la capitale (53 % contre 24 % en rural) et qu'elle est très faible dans la province de Fianarantsoa (13 %). Enfin les résultats montrent que plus de la moitié des femmes ayant un niveau d'instruction secondaire ou plus ont pu citer au moins deux symptômes spécifiques des IST chez l'homme contre seulement 8 % chez celles sans instruction. Par ailleurs, près de trois femmes sur dix connaissent au moins deux symptômes d'IST chez la femme et c'est toujours dans la capitale (53 %) et parmi celles ayant un niveau d'instruction secondaire (54 %) ou plus que ces proportions sont les plus élevées.

Tableau 12.15.2 Connaissance des signes ou symptômes des Infections Sexuellement Transmissibles : hommes

Pourcentage d'hommes qui connaissent les signes ou symptômes associés aux infections sexuellement transmissibles (IST) chez l'homme et chez la femme, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDSMD-III Madagascar 2003-2004

		Connaissent des signes ou symptômes spécifiques des IST chez l'homme			Connaissent des signes ou symptômes spécifiques des IST chez la femme			
Caractéristique	Ne connaît pas les IST	Pas de signes/ symptômes cités	Un signe/ symptôme cité	Deux signes/ symptômes ou plus cités	Pas de signes/ symptômes cités	Un signe/ symptôme cité	Deux signes/ symptômes ou plus cités	Effectif d'hommes[1]
Âge								
15-19	52,7	8,5	15,4	23,4	27,1	6,7	13,4	416
20-24	24,8	5,2	22,4	47,6	37,4	14,1	23,8	416
25-29	18,7	11,2	18,0	52,1	44,8	11,8	24,8	400
30-39	17,3	6,1	15,9	60,6	32,5	14,5	35,7	543
40-49	14,9	8,1	16,9	60,1	36,0	14,2	34,9	441
État matrimonial								
Célibataire	41,5	7,7	13,1	37,6	29,1	6,9	22,5	757
A eu de rapports sexuels	29,9	7,4	13,8	48,9	34,2	6,7	29,2	456
N'a jamais eu de rapports sexuels	59,2	8,1	12,1	20,6	21,3	7,3	12,2	301
En union	15,6	7,7	20,1	56,6	39,2	15,0	30,1	1 331
En rupture d'union	27,6	7,8	17,9	47,0	31,1	17,5	24,0	127
Milieu de résidence								
Capitale	5,9	13,0	13,6	67,4	39,2	13,2	41,6	139
Autres villes	14,8	5,0	13,7	66,5	33,3	14,0	38,0	382
Ensemble urbain	12,4	7,2	13,7	66,8	34,9	13,8	39,0	521
Rural	29,1	7,8	18,8	44,3	35,4	12,0	23,5	1 695
Province								
Antananarivo	14,2	12,6	14,5	58,6	42,0	13,4	30,5	701
Fianarantsoa	47,2	3,8	13,3	35,7	22,6	10,3	19,9	416
Toamasina	31,6	1,8	8,1	58,5	18,0	6,8	43,6	380
Mahajanga	16,0	10,4	35,7	37,9	62,3	11,2	10,5	276
Toliara	21,8	7,4	23,5	47,3	28,9	23,3	26,0	261
Antsiranana	22,3	6,0	23,4	48,4	43,2	11,2	23,4	183
Niveau d'instruction								
Aucun	42,0	6,6	21,5	29,9	31,8	9,1	17,2	363
Primaire/Alphabét.	31,6	8,5	18,5	41,4	38,2	10,5	19,7	1 088
Secondaire ou plus	8,0	7,1	14,4	70,5	32,9	16,6	42,5	765
Ensemble[2]	25,2	7,7	17,6	49,5	35,3	12,4	27,1	2 216

[1] Y compris les hommes qui n'ont pas entendu parler du sida.
[2] Y compris 1 cas pour lequel l'état matrimonial n'est pas déterminé.

Un quart des hommes, soit une proportion plus faible que les femmes (48 %) ont déclaré ne pas connaître les IST. Cette proportion est particulièrement élevée chez les célibataires n'ayant jamais eu de rapports sexuels (59 %), chez ceux de la province de Fianarantsoa (47 %) et chez ceux sans instruction (42 %). En outre, 8 % ont pu citer un symptôme spécifique des IST chez l'homme et 18 % ont été capables d'en citer au moins deux. En outre, plus d'un tiers n'ont pu citer des signes ou symptômes d'IST chez la femme. À l'opposé, 27 % en connaissaient au moins deux.

Prévalence déclarée d'IST

Le tableau 12.16 présente les pourcentages de femmes et d'hommes ayant déclaré avoir eu des symptômes ou des signes d'IST au cours des 12 derniers mois. Une très faible proportion de femmes sont atteintes d'IST ou ont des symptômes tels que des pertes vaginales, des plaies ou des ulcères (3 %). Les variations selon les caractéristiques socio-démographiques ne sont pas significatives. Il faut cependant souligner que dans la province d'Antsiranana, 11 % des femmes ont déclaré avoir une IST ou des symptômes d'IST.

Tableau 12.16 Infection Sexuellement Transmissible (IST) et signes ou symptômes d'IST déclarés

Parmi les femmes et les hommes qui ont déjà eu des rapports sexuels, pourcentage de celles/ceux qui ont déclaré avoir eu une IST et/ou des signes ou symptômes d'IST au cours des 12 derniers mois, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDSMD-III Madagascar 2003-2004

	Femmes					Hommes				
Caractéristique	Pourcentage avec une IST	Pourcentage avec des pertes vaginales anormales	Pourcentage avec une plaie/ulcère génital	Pourcentage avec IST/ perte/ plaie/ ulcère	Effectif de femmes ayant déjà eu des rapports sexuels	Pourcentage avec une IST	Pourcentage avec des écoulements du pénis	Pourcentage avec une plaie/ulcère génital	Pourcentage avec IST/ écoulements/ plaie/ ulcère	Effectif d'hommes ayant déjà eu des rapports sexuels
Âge										
15-19	2,4	2,7	1,6	3,2	839	5,2	3,6	2,5	5,3	184
20-24	1,6	2,2	1,0	2,3	1 278	6,2	5,2	3,6	8,1	359
25-29	2,2	3,1	1,8	3,4	1 314	3,7	3,5	2,1	3,8	387
30-39	2,1	2,3	1,2	2,9	2 080	4,5	3,0	0,5	5,2	543
40-49	2,1	2,4	1,5	2,8	1 584	1,5	1,4	0,4	1,5	441
État matrimonial										
Célibataire	2,2	2,9	1,3	3,0	840	5,4	5,5	2,7	6,7	456
En union	2,0	2,5	1,3	2,9	5 139	3,2	2,6	1,0	3,5	1 331
En rupture d'union	2,2	2,5	1,9	3,0	1 116	8,1	1,5	3,8	8,4	127
Milieu de résidence										
Capitale	1,4	2,6	0,6	2,7	386	1,0	1,0	0,7	1,8	114
Autres villes	2,3	3,0	1,4	3,5	1 323	4,8	3,6	1,5	5,1	331
Ensemble urbain	2,1	2,9	1,2	3,3	1 709	3,9	3,0	1,3	4,2	446
Rural	2,0	2,4	1,5	2,8	5 386	4,1	3,3	1,6	4,7	1 469
Province										
Antananarivo	0,7	1,0	0,2	1,2	2 201	0,3	0,3	0,1	0,4	582
Fianarantsoa	1,0	0,8	0,4	1,0	1 430	2,5	2,7	1,4	2,9	359
Toamasina	2,5	2,9	1,8	3,5	1 121	7,0	6,0	2,5	7,8	333
Mahajanga	1,6	1,4	1,1	1,8	933	4,7	4,3	3,4	6,0	253
Toliara	3,2	5,2	4,2	5,8	904	5,1	4,5	1,4	6,0	228
Antsiranana	8,6	10,3	4,3	11,0	507	12,5	5,5	2,6	12,5	160
Niveau d'instruction										
Aucun	2,1	2,2	1,8	2,8	1 652	2,9	2,9	1,5	4,2	320
Primaire/Alphabét.	1,8	2,3	1,2	2,6	3 396	4,5	3,4	1,9	4,7	951
Secondaire ou plus	2,4	3,0	1,4	3,6	2 047	4,0	3,1	1,1	4,7	644
Quintile de bien-être										
Le plus pauvre	2,5	2,9	1,8	3,4	1 611	3,3	2,1	2,6	4,5	349
Second	2,7	3,6	3,1	4,0	1 111	4,4	4,4	2,3	4,8	380
Moyen	1,6	1,7	1,3	2,2	1 360	4,3	2,9	0,8	4,3	372
Quatrième	1,9	2,2	0,5	2,6	1 327	5,1	4,3	0,7	6,1	363
Le plus riche	1,8	2,3	0,7	2,6	1 687	3,2	2,4	1,4	3,4	451
Ensemble	2,1	2,5	1,4	2,9	7 095	4,0	3,2	1,6	4,6	1 915

Seulement 5 % des hommes ont déclaré avoir une IST ou des signes ou symptômes spécifiques. Cette proportion est plus élevée chez les jeunes, en particulier à 20-24 ans (8 %), chez ceux en rupture d'union (8 %) ; cette prévalence déclarée serait beaucoup plus faible dans la capitale qu'ailleurs (2 % contre 5 % en rural) et c'est dans la province d'Antsiranana que l'on observe la proportion d'hommes ayant déclaré avoir une IST ou des symptômes caractéristiques de ces infections (13 %).

IST et comportement

Parmi les femmes et les hommes ayant déclaré avoir une IST ou des symptômes associés aux IST au cours des 12 derniers mois, on constate au tableau 12.17 qu'un peu plus d'un quart des femmes (27 %) et un homme sur cinq (20 %) n'ont cherché ni conseil ni traitement pour leur IST.

Par contre, plus de sept femmes sur dix (73 %) et huit hommes sur dix (80 %) ont recherché des conseils ou un traitement. Dans la majorité des cas, les hommes et les femmes se sont adressés à des professionnels de la santé (respectivement, 66 % et 67 %). De plus, un quart des hommes et une proportion beaucoup plus faible de femmes se sont procurés des médicaments dans une boutique ou une pharmacie et enfin dans 10 % des cas pour les femmes et 30 % des cas pour les hommes, ce sont les parents ou amis qui ont fourni des conseils. Il faut ajouter que les hommes ont été, en proportion plus nombreux que les femmes à s'adresser à un guérisseur traditionnel pour être soignés (14 % contre 5 %).

Tableau 12.17 Traitement pour les IST

Parmi les femmes et les hommes qui ont déclaré avoir eu une IST ou des signes ou symptômes d'IST au cours des 12 derniers mois, pourcentage qui ont recherché un traitement, selon la source de conseils ou traitement, EDSMD-III Madagascar 2003-2004

Source de conseils ou traitement	Femmes	Hommes
Clinique/hôpital/professionnel de la santé	66,1	66,6
Guérisseur traditionnel	5,2	13,7
Conseil ou médicament d'une boutique/pharmacie	6,0	24,0
Conseil d'amis/parents	10,3	30,1
Conseils ou traitement de n'importe quelle source	73,3	79,8
Pas de conseil ou traitement	26,7	20,2
Effectif ayant une IST et/ou des signes ou symptômes d'IST	206	88

Note : Des pertes vaginales anormales, des écoulements du pénis, plaie ou ulcère génital sont les signes ou symptômes d'IST.

12.12 ENFANTS SANS LEURS PARENTS

Avec l'émergence de l'épidémie du VIH/sida, surtout dans les pays à forte prévalence, on a observé une augmentation significative du nombre d'orphelins. Cette situation a conduit les responsables des programmes de lutte contre le sida à intégrer dans leurs préoccupations les conditions de vie des enfants survivants à leurs parents en raison de leur grande vulnérabilité. Au cours de L'EDSMD III, bien que Madagascar ne fasse pas partie des pays à forte prévalence, on a collecté des données sur les conditions de vie des enfants orphelins de père et/ou de mère quelles que soient les causes de décès des parents.

Survie des parents et conditions de vie des enfants

Le tableau 12.18 présente la répartition des enfants de moins de 15 ans par survie des parents et par résidence avec les parents. On constate que dans la quasi-totalité des cas (91 %), les deux parents sont en vie. Dans 4 % des cas, les enfants sont orphelins de père et dans 2 % des cas, c'est la mère qui est décédée. Moins de 1 % des enfants sont orphelins des deux parents.

Tableau 12.18 État de survie des parents et résidence des enfants avec les parents

Répartition (en %) des enfants (de droit) de moins de 15 ans, par survie des parents et par résidence avec les parents, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDSMD-III Madagascar 2003-2004

Caractéris-tique	Survie des parents: Les deux parents décédés	Seule la mère est décédée	Seul le père est décédé	Les deux parents en vie	ND	Total	Mère ou père, ou les deux décédés	Résidence des enfants avec les parents: Ne vit avec aucun parent	Vit avec la mère seule-ment	Vit avec le père seule-ment	Vit avec les deux parents	Total	Effectif d'enfants
Âge													
0-1	0,0	0,4	1,3	97,1	1,2	100,0	1,7	2,1	19,9	0,5	77,4	100,0	2 673
2-4	0,2	1,0	2,1	95,1	1,6	100,0	3,3	9,1	16,4	2,2	72,3	100,0	3 744
5-9	0,4	2,4	4,4	91,2	1,6	100,0	7,3	13,7	15,6	5,5	65,2	100,0	6 225
10-14	1,3	4,2	7,4	84,9	2,2	100,0	12,9	18,3	15,9	7,3	58,5	100,0	5 569
0-14	0,6	2,4	4,4	91,0	1,7	100,0	7,4	12,5	16,5	4,6	66,4	100,0	18 211
Sexe													
Masculin	0,5	2,7	4,9	90,3	1,6	100,0	8,2	12,3	16,4	5,4	65,9	100,0	9 241
Féminin	0,6	2,0	3,8	91,7	1,8	100,0	6,5	12,5	16,6	3,9	67,0	100,0	8 961
Milieu de résidence													
Capitale	0,0	1,4	3,7	93,4	1,5	100,0	5,2	8,5	10,7	1,9	78,8	100,0	668
Autres villes	0,3	1,9	3,8	92,3	1,6	100,0	6,1	16,3	19,1	3,8	60,7	100,0	2 811
Ensemble urbain	0,3	1,8	3,8	92,5	1,6	100,0	5,9	14,8	17,5	3,5	64,2	100,0	3 479
Rural	0,6	2,5	4,5	90,6	1,7	100,0	7,7	11,9	16,2	4,9	66,9	100,0	14 732
Province													
Antananarivo	0,3	2,0	4,4	91,8	1,6	100,0	6,7	7,6	12,8	2,5	77,2	100,0	4 860
Fianarantsoa	0,8	2,8	5,3	90,0	1,1	100,0	8,9	10,0	20,1	5,8	64,0	100,0	3 795
Toamasina	0,6	2,8	4,2	91,4	1,0	100,0	7,6	12,4	16,7	5,2	65,7	100,0	2 816
Mahajanga	1,0	1,8	5,1	90,1	2,0	100,0	8,0	13,5	14,9	4,4	67,2	100,0	2 792
Toliara	0,5	2,4	3,1	90,6	3,5	100,0	6,0	19,8	20,3	6,0	53,9	100,0	2 591
Antsiranana	0,2	2,7	3,2	92,5	1,3	100,0	6,4	20,8	14,9	6,1	58,2	100,0	1 358
Quintile de bien-être													
Le plus pauvre	0,5	2,1	4,6	91,8	1,0	100,0	7,2	8,0	18,7	4,0	69,2	100,0	4 152
Second	0,9	3,4	4,0	88,8	2,9	100,0	8,5	14,9	16,6	7,7	60,7	100,0	3 807
Moyen	0,5	1,7	5,0	90,5	2,4	100,0	7,2	12,2	16,6	4,1	67,1	100,0	3 951
Quatrième	0,7	2,9	5,1	89,8	1,4	100,0	8,8	15,1	15,4	4,3	65,1	100,0	3 474
Le plus riche	0,1	1,8	2,7	94,8	0,6	100,0	4,6	12,7	14,1	2,5	70,6	100,0	2 827
Ensemble[1]	0,6	2,4	4,4	91,0	1,7	100,0	7,4	12,5	16,5	4,6	66,4	100,0	18 211

[1] Y compris 9 cas pour lesquels le sexe n'est pas déterminé.

En ce qui concerne la résidence des enfants, on constate que plus de six enfants sur dix de moins de 15 ans vivent avec leurs deux parents (66 %). Dans 17 % des cas, ils ne vivent qu'avec leur mère; dans 5 % des cas, ils vivent avec leur père, et 13 % des enfants de moins de 15 ans ne vivent ni avec leur mère, ni avec leur père.

Selon le milieu de résidence, on constate que la proportion des enfants de moins de 15 ans vivant avec leurs deux parents est plus élevée dans la capitale (79 %) que dans les autres villes (61 %) ou en milieu rural (67 %). Selon les provinces, la proportion d'enfants vivant avec leurs deux parents varie d'un minimum de 54 % dans la province de Toliara à un maximum de 77 % dans la province d'Antananarivo. Quelle que soit la province, les proportions d'enfants vivant seulement avec leur mère (variant de 13 % à 20 %) l'emportent sur celles des enfants vivant avec seulement leur père (variant de 2 % à 6 %) et pour ceux qui vivent sans aucun des deux parents les proportions varient de (8 % à 21 %).

Survie des parents et fréquentation scolaire des enfants

Il est généralement admis que les enfants orphelins sont désavantagés par rapport aux enfants qui vivent avec leurs deux parents. Pour évaluer ce désavantage sur le plan de la scolarité, on calcule un indicateur (ratio) qui permet de comparer la proportion d'enfants de 10-14 ans orphelins de père et de mère qui fréquentent l'école à la proportion d'enfants de 10-14 ans dont les deux parents sont en vie et qui vivent avec au moins l'un des deux parents et qui fréquentent l'école (tableau 12.19).

Tableau 12.19 Scolarisation des enfants de 10-14 ans selon la survie des parents et la résidence avec les parents

Ratio du pourcentage d'enfants (de droit) de 10-14 ans qui fréquentent actuellement l'école, par survie des parents et la résidence avec les parents, ratio du pourcentage d'enfants orphelins de père ou de mère (ou des deux) au pourcentage pour les non-orphelins qui fréquentent actuellement l'école, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDSMD-III Madagascar 2003-2004

	Les deux parents en vie, vivant avec au moins un parent		Les deux parents en vie, ne vivant avec aucun parent		Seule la mère est décédée		Seul le père est décédé		Les deux parents sont décédés		Mère ou père, ou les deux sont décédés		Ratio du pourcentage d'enfants orphelins au non-orphelins fréquentant l'école
Caractéristique	% allant à l'école	Effectif	% allant à l'école	Effectif[1]	% allant à l'école	Effectif	% allant à l'école	Effectif	% allant à l'école	Effectif	% allant à l'école	Effectif	
Sexe													
Masculin	79,7	2 090	65,3	283	70,3	135	70,0	229	49,5	33	67,8	397	0,6
Féminin	79,2	1 973	60,2	380	62,2	97	71,7	183	70,7	38	68,3	319	0,9
Milieu de résidence													
Capitale	96,8	179	60,2	24	87,2	6	89,9	16	-	0	89,2	22	-
Autres villes	88,8	651	74,8	166	88,9	26	76,0	56	44,4	7	77,3	90	0,5
Ensemble urbain	90,5	830	73,0	190	88,6	32	79,1	72	44,4	7	79,6	111	0,5
Rural	76,6	3 233	57,6	477	63,4	200	69,0	340	62,7	64	65,9	605	0,8
Province													
Antananarivo	86,4	1 244	57,7	131	78,8	60	79,5	117	94,3	12	80,2	189	1,1
Fianarantsoa	82,0	750	71,9	118	65,3	64	84,0	102	36,1	24	69,7	190	0,4
Toamasina	82,3	614	64,2	102	56,4	41	62,8	54	72,4	11	61,4	107	0,9
Mahajanga	71,9	652	61,1	110	50,1	14	61,2	65	71,9	14	61,1	93	1,0
Toliara	63,0	528	52,3	123	71,3	29	33,4	47	49,5	9	48,1	84	0,8
Antsiranana	84,1	277	67,5	84	63,6	23	85,7	28	71,7	1	75,7	53	0,9
Quintile de bien-être													
Le plus pauvre	64,8	856	48,0	63	64,5	46	66,4	91	55,8	15	64,0	151	0,9
Second	66,8	756	50,7	170	50,1	70	61,6	83	29,4	18	53,5	171	0,4
Moyen	80,3	919	59,9	128	73,5	31	59,0	96	60,4	15	62,3	142	0,8
Quatrième	89,8	806	70,7	141	67,0	50	84,8	94	94,4	21	79,2	165	1,1
Le plus riche	97,2	727	73,2	166	97,4	35	90,5	48	45,2	2	92,1	86	0,5
Ensemble	79,5	4 064	62,0	667	66,9	232	70,8	412	60,8	72	68,0	716	0,8

[1] Y compris 4 cas pour lesquels le sexe n'est pas déterminé.

On constate que la majorité des enfants (80 %) dont les deux parents sont en vie et qui vivent avec au moins l'un des deux parents fréquentent actuellement l'école. Les résultats montrent que la proportion d'enfants ayant leurs deux parents en vie mais ne vivant pas avec eux (62 %) n'est pas si différente de celle des enfants orphelins de père et de mère fréquentant l'école (61 %). On constate également, que la fréquentation scolaire des enfants dont la mère est décédée (67 %) est moins bonne comparé à la fréquentation scolaire des enfants dont le père est décédé (71 %).

Le ratio du pourcentage d'enfants orphelins de père et de mère de 10-14 ans fréquentant actuellement l'école au pourcentage d'enfants de 10-14 ans non orphelins et vivant avec au moins l'un des deux parents est de 0,8. Cela montre qu'à Madagascar, du point de vue de la fréquentation scolaire, les orphelins sont désavantagés par rapport aux autres enfants.

PRÉVALENCE DE LA SYPHILIS ET FACTEURS ASSOCIÉS 13

Soumaïla MARIKO

13.1 INTRODUCTION

La syphilis constitue un véritable problème de santé publique à Madagascar. De 1990 à 1992, les résultats de sérosurveillance provenant de sites sentinelles mettaient en évidence une faible prévalence de l'infection à VIH et une séroprévalence élevée de la syphilis.

En 1995, la séroprévalence de la syphilis réalisée auprès de 1 587 femmes enceintes de la ville d'Antananarivo, de Toamasina et de Toliara était de 12 %. Chez les professionnelles du sexe, elle était estimée à 31 %. Selon une autre étude réalisée la même année auprès de tous les 147 patients hospitalisés à l'hôpital Principal de Toliara, la prévalence de la syphilis s'élevait à 25 % (Ministère de la Santé, 1995 ; Behets et al., 1997).

En 2000, une étude de la séroprévalence de la syphilis, réalisée au niveau des sites sentinelles, indiquait un taux de séropositivité chez les femmes enceintes de 11 % et de 28 % chez les professionnelles du sexe. La séroprévalence de l'infection à VIH chez les patients atteints d'IST était de 0,75 %[1] (MINSAN/LNR, 2000).

En 2003 une enquête de séroprévalence de l'infection à VIH et de la syphilis a été réalisée, dans les 6 provinces, auprès de 9 623 femmes enceintes examinées en consultations prénatales. Cette enquête indiquait une séroprévalence de la syphilis de 8 % et une séroprévalence de l'infection à VIH de 1 %. La séroprévalence de la syphilis variait largement d'une province à l'autre. La province la plus touchée était celle de Toamasina, où la prévalence était 17 % et, la province la moins touchée était celle d'Antananarivo avec 4 % comme prévalence. La séroprévalence du VIH variait de 0,30 % pour la province d'Antananarivo à 2 % dans celle d'Antsiranana (Ministère de la Santé, 2003).

L'objectif du test de syphilis dans l'EDSMD-III est d'estimer le taux de séroprévalence de l'infection au sein de la population adulte de femmes de 15-49 ans et d'hommes de 15-59 ans à Madagascar. Les estimations sont représentatives au niveau national, urbain et rural et au niveau de chacune des 6 provinces de Madagascar.

Pour ce qui concerne les aspects méthodologiques du test de syphilis, les détails sont fournis au chapitre 1 (Caractéristiques du Pays et Présentation de l'Enquête et de la Méthodologie des Tests Sérologiques).

13.2 TAUX DE COUVERTURE DU TEST DE SYPHILIS

La population éligible pour le test de syphilis est la population de fait des ménages, âgée de 15-49 ans pour les femmes et 15-59 ans pour les hommes, c'est-à-dire la population des personnes qui ont dormi dans le ménage la nuit ayant précédé l'interview. Cette population comprend les résidents habituels présents dans les ménages et les visiteurs qui ont dormi dans le ménage la nuit précédant l'interview.

Le tableau 13.1 présente les taux de couverture du test de syphilis chez les femmes et les hommes, selon le milieu de résidence et les raisons pour lesquelles le prélèvement de sang n'a pas été

[1] LNR Résultats de la sérosurveillance 2000 chez les patients IST selon la méthode LQAS.

effectué. Dans l'ensemble, 90 % de la population a fourni un échantillon de sang pour le test de syphilis. Le taux de couverture est plus élevé chez les femmes que chez les hommes (respectivement, 92 % et 87 %) et il est plus élevé en milieu rural qu'en milieu urbain (respectivement, 93 % contre 87 %).

Les enquêtés dont le prélèvement de sang pour le test n'a pu être effectué peuvent être classés en quatre catégories selon la raison du refus :

- ceux qui ont refusé le test à la lecture du consentement par l'infirmière (5 % en milieu urbain et 2 % en milieu rural) ;
- ceux qui ont répondu à l'enquête, mais ne se trouvaient pas à la maison lors du passage de l'infirmière pour effectuer le prélèvement de sang et n'ont jamais pu être contactés ultérieurement par l'infirmière (1 % en milieu urbain et en rural) ;
- ceux qui ne se trouvaient pas à la maison, ni au moment de l'interview ni au moment du test et qui n'ont donc été ni enquêtés, ni testés (5 % en milieu urbain et 3 % en rural) ;
- ceux dont le résultat à la participation au test est considéré comme « non testé » pour des raisons diverses : parce qu'ils étaient incapables de donner leur consentement au test, ou parce qu'il y avait discordance entre le code à barres dans le questionnaire et celui du prélèvement de sang sur le papier filtre, ou encore parce qu'il y avait eu des difficultés techniques pour prélever le sang (2 % en milieu urbain et en rural).

Tableau 13.1 Couverture du test de syphilis selon le milieu de résidence

Répartition (en %) des femmes et des hommes (de fait) éligibles pour le test de syphilis selon qu'ils ont été testés ou non, selon le milieu de résidence (non-pondéré), EDSMD-III Madagascar 2003-2004

Couverture du test	Milieu de résidence		Ensemble
	Urbain	Rural	
Femmes			
A été testée	90,1	94,9	91,8
N'a pas été testée	9,9	5,1	8,2
Refusé	4,2	1,8	3,4
Absente pour le test	4,3	1,5	3,3
Interviewée à l'enquête	0,6	0,2	0,5
Non interviewée	3,7	1,3	2,9
Autre/manquant	1,4	1,7	1,5
Total	100,0	100,0	100,0
Effectif non pondéré	1 803	980	2 783
Hommes			
A été testé	84,5	91,4	87,1
N'a pas été testé	15,5	8,6	12,9
Refusé	5,7	1,9	4,2
Absent pour le test	7,9	5,5	7,0
Interviewé à l'enquête	1,1	0,8	1,0
Non interviewé	6,8	4,7	6,0
Autre/manquant	2,0	1,3	1,7
Total	100,0	100,0	100,0
Effectif non pondéré	1 676	1 009	2 685
Ensemble (femmes et hommes)			
A été testé	87,4	93,1	89,5
N'a pas été testé	12,6	6,9	10,5
Refusé	4,9	1,9	3,8
Absent pour le test	6,0	3,5	5,1
Interviewé à l'enquête	0,8	0,5	0,7
Non interviewé	5,2	3,0	4,4
Autre/manquant	1,7	1,5	1,6
Total	100,0	100,0	100,0
Effectif non pondéré	3 479	1 989	5 468

Globalement, dans 4 % des cas, les enquêtés ont refusé de participer au test (3 % des femmes et 4 % des hommes) ; la majorité des autres enquêtés qui n'ont pas été testés n'étaient pas à la maison au moment du test (5 %).

Le tableau 13.2.1 présente les résultats de la couverture du test de syphilis pour les femmes de 15-49 ans selon certaines caractéristiques socio-démographiques. Malgré des niveaux élevés, on constate que c'est néanmoins dans les Autres villes que le taux de participation au test a été le plus faible (89 % contre un maximum de 95 % en rural). Selon la province, le taux de participation varie chez les femmes d'un minimum de 86 % dans la province de Mahajanga à un maximum de 97 % dans celle de Toamasina. Le niveau d'instruction laisse apparaître peu de différence. Toutefois, on observe que le taux de participation des femmes de niveau d'instruction primaire ou alphabétisées est légèrement plus élevé (93 %) que celui des femmes ayant un niveau secondaire ou plus (91 %) ou que celui de celles sans instruction (89 %). En ce qui concerne l'indice de bien-être, on n'observe pas de grandes variations entre les niveaux de participation. Cependant, c'est parmi les femmes qui vivent dans les ménages les plus riches, c'est-à-dire les quatrième et cinquième quintiles (90 %) que la participation a été la plus faible.

Tableau 13.2.1 Couverture du test de syphilis pour les femmes de 15-49 ans selon certaines caractéristiques socio-démographiques

Répartition (en %) des femmes (de fait) éligibles pour le test de syphilis selon qu'elles ont été testées ou non, selon certaines caractéristiques socio-démographiques (non-pondéré), EDSMD-III Madagascar 2003-2004

	Testées		Refus		Absentes		Autre/manquant			
Caractéristique	Enquêtées	Non enquêtées	Enquêtées	Non enquêtées	Enquêtées	Non enquêtées	Enquêtées	Non enquêtées	Total	Effectif
Âge										
15-19	87,9	0,4	2,4	1,8	0,6	4,2	1,7	1,1	100,0	544
20-24	92,1	0,0	2,3	1,2	0,8	2,9	0,2	0,4	100,0	482
25-29	93,6	0,4	1,1	0,4	0,0	2,8	0,9	0,9	100,0	466
30-34	92,9	0,2	2,2	1,0	0,0	2,4	1,0	0,2	100,0	409
35-39	92,4	0,0	3,1	0,6	1,2	2,4	0,3	0,0	100,0	327
40-44	90,6	0,6	2,8	0,6	0,6	2,2	1,9	0,6	100,0	319
45-49	92,4	0,0	3,4	1,3	0,0	2,1	0,8	0,0	100,0	236
Milieu de résidence										
Capitale	90,8	0,0	1,1	1,7	1,1	4,9	0,2	0,2	100,0	534
Autres villes	89,4	0,3	3,5	1,3	0,4	3,2	1,3	0,6	100,0	1 269
Rural	94,6	0,3	1,5	0,3	0,2	1,3	1,0	0,7	100,0	980
Province										
Antananarivo	91,2	0,1	2,0	1,5	0,7	3,2	0,4	1,0	100,0	1 010
Fianarantsoa	92,4	0,2	2,7	0,0	0,2	2,7	0,9	0,7	100,0	437
Toamasina	96,5	0,5	0,7	1,2	0,2	0,5	0,2	0,0	100,0	403
Mahajanga	85,6	0,7	4,8	1,0	0,3	4,8	2,7	0,0	100,0	292
Toliara	88,3	0,0	3,9	1,7	0,3	3,9	1,4	0,6	100,0	360
Antsiranana	94,3	0,4	0,7	0,0	0,7	2,1	1,8	0,0	100,0	281
Niveau d'instruction										
Aucun	89,0	0,5	3,3	1,0	0,2	4,3	0,5	1,2	100,0	419
Primaire/Alphabét.	93,0	0,4	2,0	0,9	0,4	1,8	1,0	0,5	100,0	1 124
Secondaire ou plus	91,3	0,1	2,3	1,1	0,6	3,2	1,1	0,3	100,0	1 229
Quintile de bien-être										
Le plus pauvre	96,3	0,0	2,0	0,0	0,0	0,9	0,9	0,0	100,0	347
Second	92,0	0,0	2,4	1,0	1,0	2,8	0,3	0,3	100,0	289
Moyen	93,8	0,3	1,5	0,3	0,3	2,1	0,9	0,9	100,0	336
Quatrième	89,5	0,6	4,1	1,3	0,4	2,3	1,1	0,8	100,0	533
Le plus riche	90,4	0,2	1,9	1,4	0,5	3,9	1,1	0,5	100,0	1 278
Ensemble[1]	91,5	0,3	2,3	1,0	0,5	2,9	1,0	0,5	100,0	2 783

[1] Y compris 11 cas pour lesquels le niveau d'instruction n'est pas déterminé.

Chez les hommes (tableau 13.2.2), les taux de participation les plus faibles concernent, comme chez les femmes, ceux des autres villes (81 %) ; c'est parmi ceux de la province de Toliara (77 %), parmi ceux sans instruction (78 %) et parmi ceux vivant dans un ménage appartenant aux quintiles les plus riches (respectivement, 83 % pour le quatrième quintile et 84 % pour le cinquième quintile) que le taux de participation a été le plus faible. À l'opposé, c'est parmi les hommes du milieu rural et ceux de la capitale (90 %), parmi ceux de la province de Toamasina (93 %), parmi les hommes de niveau primaire ou étant alphabétisés (90 %) et enfin parmi les hommes vivant dans les ménages des trois premiers quintiles que les taux de participation ont été les plus élevés.

Tableau 13.2.2 Couverture du test de syphilis pour les hommes de 15-59 ans selon certaines caractéristiques socio-démographiques

Répartition (en %) des hommes (de fait) éligibles pour le test de syphilis selon qu'ils ont été testés ou non, selon certaines caractéristiques socio-démographiques (non-pondéré), EDSMD-III Madagascar 2003-2004

	Testés		Refus		Absents		Autre/manquant			
Caractéristique	Enquêtés	Non Enquêtés	Enquêtés	Non Enquêtés	Enquêtés	Non Enquêtés	Enquêtés	Non Enquêtés	Total	Effectif
Âge										
15-19	82,4	1,5	3,4	1,5	1,5	7,4	1,5	0,8	100,0	471
20-24	84,7	1,5	3,9	1,7	0,4	6,5	0,9	0,4	100,0	464
25-29	88,3	0,5	1,6	2,3	0,5	6,0	0,8	0,0	100,0	385
30-34	85,7	0,9	2,2	2,2	0,9	6,5	0,3	1,2	100,0	321
35-39	87,1	0,3	1,0	2,3	1,9	3,5	1,9	1,9	100,0	310
40-44	87,6	0,4	2,3	1,2	0,4	6,6	0,8	0,8	100,0	259
45-49	88,3	0,4	2,2	3,0	1,3	3,9	0,9	0,0	100,0	230
50-54	89,9	0,6	1,3	0,6	0,0	6,9	0,0	0,6	100,0	159
55-59	88,4	0,0	2,3	0,0	2,3	4,7	1,2	1,2	100,0	86
Milieu de résidence										
Capitale	90,0	0,2	1,8	2,2	0,7	4,6	0,2	0,2	100,0	541
Autres villes	81,0	0,8	4,0	2,5	1,2	7,8	1,6	1,1	100,0	1 135
Rural	90,1	1,3	1,0	0,9	0,8	4,7	0,7	0,6	100,0	1 009
Province										
Antananarivo	89,4	0,4	2,1	1,6	0,5	4,9	0,5	0,6	100,0	986
Fianarantsoa	84,1	1,3	2,1	2,8	0,5	6,9	1,3	1,0	100,0	389
Toamasina	92,8	1,0	1,0	1,7	0,5	2,4	0,2	0,5	100,0	419
Mahajanga	78,2	0,3	5,2	2,1	3,8	6,9	2,1	1,4	100,0	289
Toliara	77,3	0,3	4,7	2,4	0,6	12,1	2,1	0,6	100,0	339
Antsiranana	87,5	3,0	0,4	0,4	1,5	5,7	0,8	0,8	100,0	263
Niveau d'instruction										
Aucun	78,4	2,3	2,6	2,0	0,6	9,3	2,6	2,0	100,0	343
Primaire/Alphabét.	90,3	1,0	1,8	0,9	0,7	4,1	0,8	0,4	100,0	1 061
Secondaire ou plus	85,9	0,3	2,9	2,4	1,3	5,9	0,6	0,6	100,0	1 261
Quintile de bien-être										
Le plus pauvre	88,4	1,0	0,7	1,0	0,7	6,1	1,4	0,7	100,0	294
Second	88,9	1,1	2,3	0,6	0,6	4,5	1,1	0,9	100,0	352
Moyen	92,0	0,9	0,3	0,9	0,3	3,7	1,4	0,6	100,0	352
Quatrième	83,2	1,8	3,3	2,0	1,0	6,1	1,8	1,0	100,0	511
Le plus riche	84,4	0,3	3,1	2,6	1,4	7,1	0,3	0,7	100,0	1 176
Ensemble[1]	86,2	0,9	2,4	1,8	1,0	6,0	1,0	0,7	100,0	2 685

[1] Y compris 20 cas pour lesquels le niveau d'instruction n'est pas déterminé.

Globalement, l'analyse des taux de participation au test selon les différentes caractéristiques socio-démographiques ne met pas en évidence de relation systématique entre la non-participation au test et les variables associées à des risques élevés d'infection de la syphilis. Ainsi, si la participation au test est plus faible dans les villes, autres que la capitale (où la prévalence serait généralement plus élevée) qu'en milieu rural ou dans la capitale, elle est aussi plus faible parmi les jeunes de 15-19 ans (groupe d'âges à faible prévalence). Ces résultats permettent de considérer que les taux de prévalence estimés à l'EDSMD-III fournissent une mesure correcte de la prévalence de la syphilis dans la population générale.

13.3 PRÉVALENCE DE LA SYPHILIS

Prévalence de la syphilis par caractéristiques socio-économiques

Les infections de la syphilis ont été mesurées dans l'EDSMD-III de deux manières. Nous avons utilisé le test Abbott pour déterminer toutes les personnes qui ont déjà eu la syphilis, c'est-à-dire toutes les infections anciennes ou actuelles et ensuite nous avons réalisé le test RPR pour déterminer les infections actuelles.

Le pourcentage de la population adulte au moment de l'enquête qui ont déjà eu la syphilis est de 6,4 % parmi les femmes de 15-49 ans et 6,1 % parmi les hommes de 15-59 ans, avec une prévalence d'ensemble de 6,3 % (tableau 13.3). Toutefois, la prévalence qui sera étudiée dans le reste de ce chapitre, en fonction des facteurs associés, se réfère aux infections de syphilis actuelle ou « syphilis active » car plus les infections sont anciennes (plus de 12 mois), plus elles sont antérieures aux facteurs de comportements des 12 derniers mois et, donc non liés à ces facteurs.

Ainsi, la prévalence des infections de syphilis actuelle, ou «syphilis active», dans la population adulte est de 3,8 % (tableau 13.3). Le taux de séroprévalence chez les femmes âgées de 15-49 ans est de 4,2 %. Il est légèrement supérieur au taux estimé chez les hommes du même groupe d'âges 15-49 ans (3,5 %). Avec ces taux, on estime que la population adulte (femmes et hommes de 15-49 ans) séropositive avec la syphilis serait d'environ 299 198 personnes (134 696 hommes et 164 502 femmes) en 2003-2004[2].

---

[2] Ces estimations sont basées sur une population estimée de 3 777 937 en 2003 et 3 918 974 en 2004 pour les hommes 15-49 ans et, pour les femmes de 15-49 ans 3 828 642 en 2003 et 4 004 769 en 2004 à Madagascar (INSTAT/DDSS, 2004). La population estimée en 2003-2004 est ainsi la moyenne des effectifs de population en 2003 et 2004.

Tableau 13.3 Prévalence de l'infection de syphilis selon la catégorie de test et certaines caractéristiques socio-démographiques

Pourcentage de femmes et d'hommes de 15-49 ans qui ont l'infection de la syphilis, selon la catégorie de test et certaines caractéristiques socio-démographiques, EDSMD-III Madagascar 2003-2004

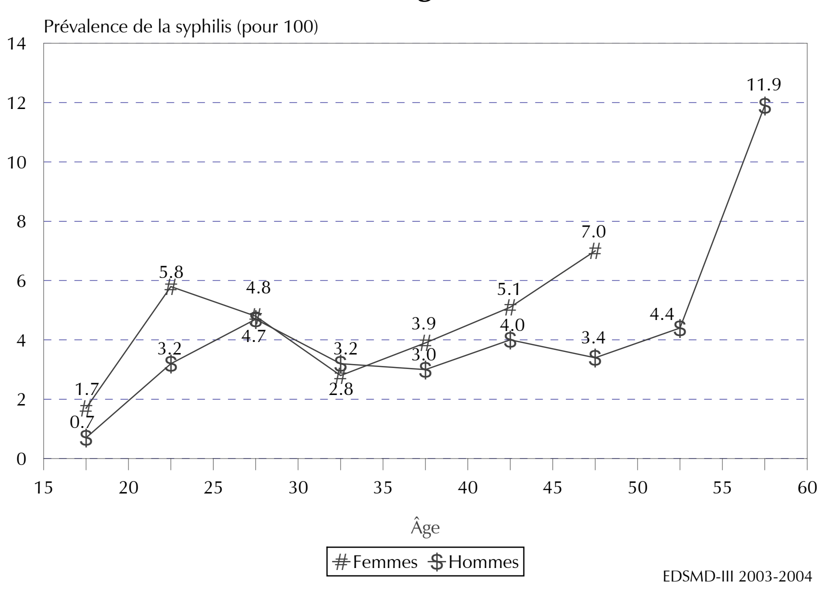
	Femmes				Hommes				Ensemble			
	Test de syphilis Abbott		Test de syphilis RPR		Test de syphilis Abbott		Test de syphilis RPR		Test de syphilis Abbott		Test de syphilis RPR	
Caractéristique	Pourcentage positif	Effectif	Pourcentage positif	Effectif	Pourcentage positif	Effectif	Pourcentage positif	Effectif	Pourcentage positif	Effectif	Pourcentage positif	Effectif
Âge												
15-19	3,1	461	1,7	458	1,1	409	0,7	409	2,1	870	1,2	867
20-24	6,4	435	5,8	435	4,5	418	3,2	417	5,5	853	4,5	852
25-29	7,3	415	4,8	415	7,7	405	4,7	397	7,5	820	4,7	812
30-34	4,3	359	2,8	358	5,0	251	3,2	251	4,6	610	3,0	609
35-39	7,3	315	3,9	313	7,5	294	3,0	287	7,4	610	3,5	600
40-44	9,2	305	5,1	300	6,7	237	4,0	236	8,1	542	4,6	536
45-49	10,7	197	7,0	195	8,0	206	3,4	205	9,3	404	5,2	400
50-54	na	na	na	na	11,1	137	4,4	137	11,1	137	4,4	137
55-59	na	na	na	na	14,0	85	11,9	83	14,0	85	11,9	83
État matrimonial												
Célibataire	3,7	563	2,1	559	2,1	752	1,7	752	2,8	1 315	1,9	1 311
En union	6,2	1 561	3,8	1 553	7,9	1 541	4,3	1 520	7,0	3 102	4,0	3 073
En rupture d'union	11,5	363	9,2	360	7,4	150	3,7	150	10,3	514	7,6	511
Milieu de résidence												
Capitale	2,0	144	0,6	144	0,9	155	0,0	155	1,4	299	0,3	298
Autres villes	6,2	453	3,6	451	6,2	408	3,5	407	6,2	861	3,5	857
Ensemble urbain	5,2	597	2,8	594	4,8	563	2,5	561	5,0	1 160	2,7	1 155
Rural	6,8	1 890	4,6	1 879	6,5	1 881	3,8	1 862	6,6	3 771	4,2	3 740
Province												
Antananarivo	1,9	819	1,2	819	2,1	812	0,6	809	2,0	1 631	0,9	1 628
Fianarantsoa	3,2	503	0,7	498	4,9	449	3,0	444	4,0	952	1,8	942
Toamasina	12,8	394	9,3	393	10,6	417	8,0	417	11,7	810	8,6	810
Mahajanga	10,4	313	5,7	305	10,8	300	4,8	289	10,6	613	5,3	594
Toliara	8,8	294	8,3	294	4,8	271	3,9	270	6,9	565	6,2	564
Antsiranana	11,3	164	7,1	164	9,9	197	4,5	194	10,5	360	5,7	358
Niveau d'instruction												
Aucun	10,4	535	8,0	531	5,6	388	5,3	388	8,4	922	6,9	919
Primaire/Alphabét.	6,8	1 223	4,1	1 215	7,7	1 208	4,1	1 190	7,3	2 431	4,1	2 406
Secondaire ou plus	2,9	730	1,6	726	3,9	848	1,7	845	3,5	1 578	1,7	1 571
Quintile de bien-être												
Le plus pauvre	9,2	520	6,9	518	7,8	410	4,6	406	8,6	930	5,9	924
Second	8,5	411	6,4	405	9,6	476	6,9	471	9,1	887	6,7	876
Moyen	6,5	448	5,3	448	6,3	484	3,8	475	6,4	932	4,5	923
Quatrième	5,5	477	2,2	475	5,8	473	2,2	472	5,6	951	2,2	947
Le plus riche	3,5	631	1,2	626	2,1	600	0,8	599	2,8	1 231	1,0	1 226
Ensemble	6,4	2 487	4,2	2 473	6,1	2 444	3,5	2 423	6,3	4 931	3,8	4 896

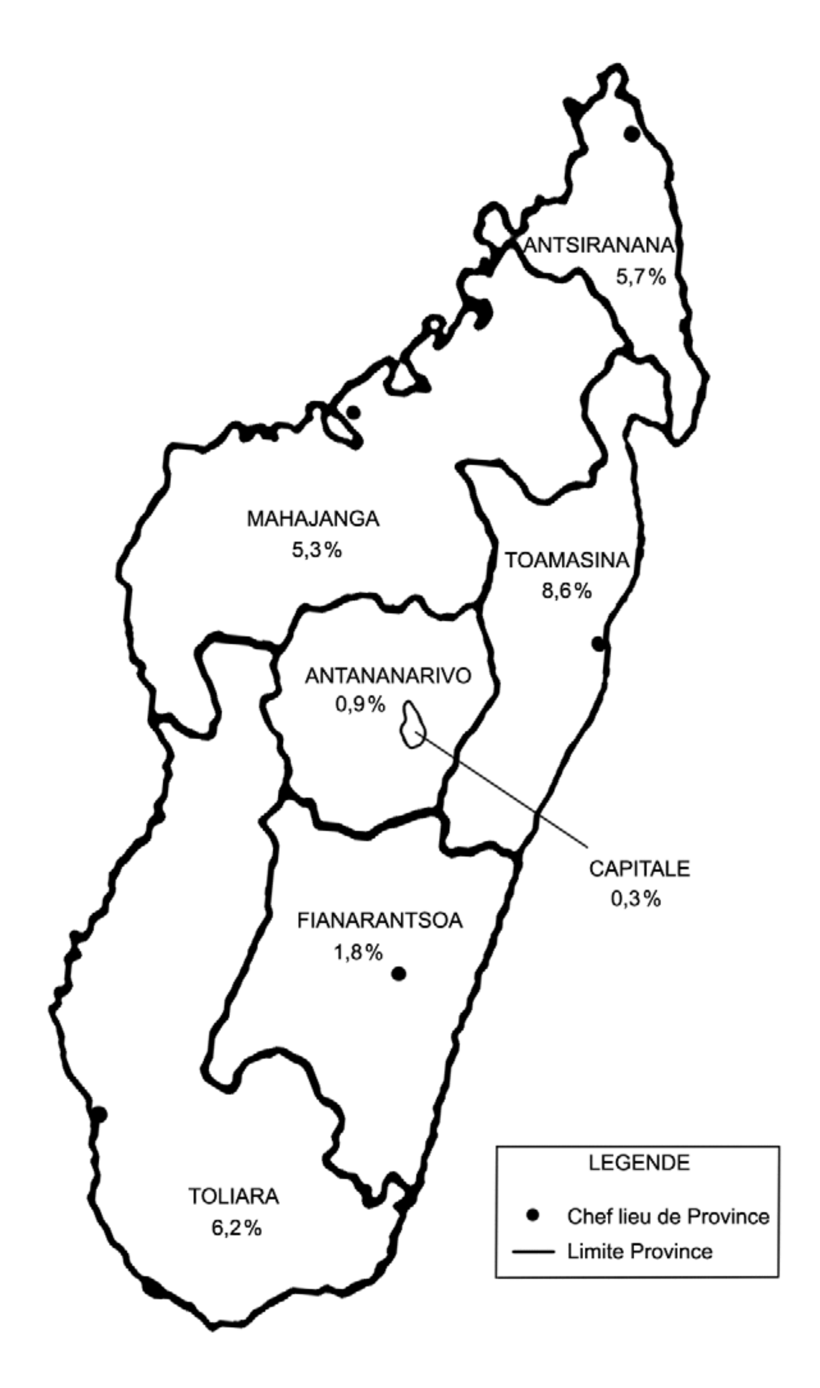
na = Non applicable

Le graphique 13.1 illustre les variations des niveaux de séroprévalence des infections récentes de la syphilis présentés au tableau 13.3. On remarque ainsi que le taux de séroprévalence augmente avec l'âge et, on enregistre un creux à 30-34 ans, pour les deux sexes. La tendance est la même chez les femmes, que chez les hommes.

Il faut noter que, du fait de la précocité de l'âge aux premiers rapports sexuels et de la fréquence des rapports avant le mariage à Madagascar, le taux de séroprévalence des infections récentes de la syphilis est relativement élevé à 15-30 ans (1 % à 15-19 ans, 5 % à 20-24 ans et 5 % à 25-29 ans). Le taux de séroprévalence chez les hommes reste quand même faible aux jeunes âges comparés à celui des femmes.

Graphique 13.1 **Taux de séroprévalence de la syphilis par sexe et âge (RPR)**





Selon le milieu de résidence, et quel que soit le sexe, la prévalence est beaucoup plus élevée en milieu rural (4,2 %) qu'en milieu urbain (2,7 %) (tableau 13.3). Du point de vue des provinces, les résultats montrent que ce sont les provinces de Toamasina (8,6 %), de Toliara (6,2 %), d'Antsiranana (5,7 %) et de Mahajanga (5,3 %) qui sont les zones où les niveaux de prévalence sont les plus élevés. La province d'Antananarivo et de Fianarantsoa sont celles où les niveaux de prévalence sont les plus faibles (0,9 % et 1,8 %).

En ce qui concerne l'indice de bien-être, on constate que les adultes des ménages appartenant au quintile le plus élevé ont la prévalence de syphilis active la plus faible (1,0 % contre 6,7 % et 5,9 % pour

les adultes des ménages du second quintile et des ménages les plus pauvres). C'est certainement, la catégorie de population qui soigne le mieux ses infections.

Prévalence de la syphilis en fonction d'autres caractéristiques socio-démographiques

Les résultats (tableau 13.4) selon l'état matrimonial montrent que les femmes actuellement en union présentent une prévalence de 3,8 %, c'est-à-dire plus faible que celle des hommes (4,3 %). De même,les femmes en rupture d'union ont un niveau de prévalence très élevé : 9,2 %. Par contre, les femmes célibataires qui ont déjà eu des rapports sexuels ont une prévalence plus élevée que celle de leurs homologues masculins (3,5 % contre 1,9 %). Les célibataires qui ont déclaré n'avoir jamais eu de rapports sexuels courent aussi un risque non négligeable d'être infectés par la syphilis : la prévalence dans ce groupe de célibataires est de 0,2 % chez les femmes et de 1,5 % chez les hommes. Ce niveau de prévalence signifie soit que ces individus ont contracté l'infection par une transmission non-sexuelle, soit qu'ils ont été infectés par transmission sexuelle mais qu'ils n'ont pas déclaré avoir déjà eu de rapports sexuels.

Tableau 13.4 Prévalence de la syphilis selon certaines caractéristiques démographiques

Pourcentage de femmes et d'hommes de 15-49 ans qui sont actuellement atteints de syphilis (RPR), selon certaines caractéristiques démographiques EDSMD-III Madagascar 2003-2004

Caractéristique	Femmes		Hommes		Ensemble	
	Pourcentage positifs	Effectif	Pourcentage positifs	Effectif	Pourcentage positifs	Effectif
État matrimonial						
Célibataire	2,1	559	1,7	752	1,9	1 311
A déjà eu des rapports sexuels	3,5	313	1,9	459	2,6	772
N'a jamais eu de rapports sexuels	0,2	246	1,5	294	0,9	540
En union	3,8	1 553	4,3	1 520	4,0	3 073
En rupture d'union	9,2	360	3,7	150	7,6	511
Nombre d'union (non célibataires)						
Une fois	3,3	1 355	3,6	1 134	3,4	2 489
Plus d'une fois	8,3	554	6,0	512	7,2	1 066
ND	31,6	5	0,0	24	5,2	29
Grossesse actuelle						
Actuellement enceinte	4,5	217	na	na	na	na
Pas enceinte/pas sûre	4,2	2 256	na	na	na	na
Naissance						
Pas de naissance au cours des 12 derniers mois	4,5	2 078	na	na	na	na
Naissance au cours des 12 derniers mois et soins prénatals auprès de personnel formé	2,5	300	na	na	na	na
Naissance au cours des 12 derniers mois sans soins prénatals auprès de personnel formé	2,5	95	na	na	na	na
Nombre de fois que l'enquêté(e) a dormi ailleurs au cours de 12 derniers mois						
Jamais	nd	nd	2,9	1 639	nd	nd
1-2	nd	nd	5,5	375	nd	nd
3-4	nd	nd	3,8	180	nd	nd
5 ou +	nd	nd	4,0	223	nd	nd
Ailleurs pendant plus d'un mois à la suite						
Ailleurs pendant plus d'un mois	nd	nd	5,3	245	nd	nd
Ailleurs, mais jamais pendant plus d'un mois	nd	nd	4,4	535	nd	nd
Jamais ailleurs	nd	nd	2,9	1 642	nd	nd
Ensemble[1]	4,2	2 473	3,5	2 423	3,8	4 896

na = Non applicable
nd = Non déterminé

Selon le nombre d'unions, on constate que les femmes qui ont contracté deux unions ou plus ont une prévalence deux fois plus élevée (8,3 %) que celles qui n'ont eu qu'une seule union (3,3 %). La prévalence chez les hommes suit la même tendance (6,0 %) : en effet, chez les hommes ayant contracté deux unions ou plus, la prévalence est de 6 % contre 3,6 % chez ceux n'en ayant contracté qu'une.

La prévalence de la syphilis chez les femmes enceintes est de 4,5 % contre 4,2 % pour celles qui ne le sont pas ou ne sont pas sûre de l'être. À ce niveau, on ne note pas de variation très significative.

Prévalence de la syphilis et facteurs à risque

Comme pour toutes les IST, certains comportements sexuels sont des facteurs de risque qui affectent le niveau de la prévalence de la syphilis.

Le tableau 13.5 présente parmi les femmes et les hommes qui ont déjà eu des rapports sexuels, ceux qui sont actuellement atteints de la syphilis selon certaines caractéristiques du comportement sexuel. On constate que 4,6 % des femmes et 3,8 % des hommes sont atteints de syphilis. Ces proportions sont légèrement plus élevées que celles observées pour l'ensemble des femmes (4,2 %) et des hommes (3,5 %).

Tableau 13.5 Prévalence de la syphilis selon certaines caractéristiques du comportement sexuel

Parmi les femmes et les hommes de 15-49 ans qui ont déjà eu des rapports sexuels, pourcentage qui sont actuellement atteints de la syphilis (RPR), selon certaines caractéristiques du comportement sexuel, EDSMD-III Madagascar 2003-2004

	Femmes		Hommes		Ensemble	
Caractéristique	Pourcentage positifs	Effectif	Pourcentage positifs	Effectif	Pourcentage positifs	Effectif
Âge aux premiers rapports sexuels						
< 16	4,8	556	4,2	494	4,5	1 050
16-17	6,6	503	4,2	652	5,3	1 155
18-19	3,3	375	3,2	607	3,3	981
20 ou plus	2,6	213	3,8	321	3,3	534
ND	4,3	580	0,0	55	4,0	635
Rapports sexuels à haut risque au cours des 12 derniers mois						
Rapports sexuels à haut risque	9,2	389	3,8	729	5,6	1 118
Rapports sexuels, mais pas à haut risque	3,7	1 537	3,8	1 323	3,8	2 860
Pas de rapports sexuels au cours de 12 derniers mois	3,5	301	2,3	76	3,3	378
Nombre de partenaires au cours des 12 derniers mois						
1	4,3	1 843	3,3	1 665	3,8	3 508
2 ou +	16,7	82	5,9	388	7,8	470
Utilisation du condom						
A déjà utilisé un condom	2,6	181	3,3	339	3,0	520
N'a jamais utilisé de condom	4,8	2 046	3,8	1 790	4,4	3 836
Utilisation du condom lors des derniers rapports sexuels au cours des 12 derniers mois						
A utilisé un condom	(2,9)	37	5,2	140	4,7	177
N'a pas utilisé de condom	4,7	2 190	3,7	1 989	4,2	4 179
Utilisation du condom lors des derniers rapports sexuels à haut risque au cours des 12 derniers mois						
A utilisé un condom	*	14	6,0	104	5,4	118
N'a pas utilisé de condom	4,6	2 213	3,6	2 025	4,2	4 238
Ensemble	4,6	2 227	3,8	2 129	4,2	4 356

( ) Basé sur un faible nombre de cas non pondérés.

Le pourcentage de femmes qui ont déjà eu des rapports sexuels et qui vivent avec l'infection de la syphilis décroît selon l'âge aux premiers rapports sexuels, d'un maximum de 6,6 % pour les femmes qui ont eu leurs premiers rapports sexuels entre 16 et 17 ans, à un minimum de 2,6 % pour celles qui ont eu leurs premiers rapports à 20 ans ou plus. Cependant, la prévalence reste assez élevée chez les femmes qui ont eu leurs premiers rapports sexuels à moins de 16 ans (4,8 %). Chez les hommes, la prévalence ne présente pas de variation nette selon l'âge aux premiers rapports sexuels. Elle varie cependant de 4,2 % pour les hommes ayant eu leurs premiers rapports sexuels à moins de 18 ans à 3,2 % quand les premiers rapports sexuels ont eu lieu entre 18 et 19 ans et 3,8 % quand ils ont eu lieu à 20 ans ou plus.

On note au tableau 13.5 chez les femmes en particulier, que plus elles ont des rapports sexuels à hauts risques, plus la prévalence de la syphilis est élevée (9,2 % contre 3,7 %). Le niveau de prévalence augmente également en fonction du nombre de partenaires au cours des 12 derniers mois, en particulier chez les femmes, où la prévalence passe de 4,3 % pour les femmes qui ont eu un seul partenaire à 16,7 % pour celles qui ont eu deux partenaires ou plus.

Parmi les femmes qui ont déjà utilisé un condom, la prévalence s'établit à 2,6 % contre 4,8 % pour celles qui ne l'ont jamais utilisé. Chez les hommes, la prévalence ne présente pas de grande variation selon l'utilisation du condom (3,3 % contre 3,8 %). Par contre, parmi les hommes qui ont utilisé un condom au cours des derniers rapports sexuels à haut risque, on constate que la prévalence est presque deux fois plus élevée chez ceux qui ont utilisé un condom que chez ceux qui n'en ont pas utilisé (6,0 % contre 3,6 %).

Prévalence de la syphilis et autres facteurs à risque

Les résultats du tableau 13.6 montrent que la prévalence de la syphilis est cinq fois plus élevée chez les femmes qui ont déclaré avoir eu une IST ou un symptôme (20,0 %) que chez celles qui ont déclaré n'avoir eu aucune IST ou pas de symptômes d'IST (4,1 %). Chez les hommes qui ont eu une IST ou un symptôme, la prévalence est pratiquement deux fois plus importante (7,9 %) que chez ceux qui ont déclaré n'avoir eu aucune IST ou des symptômes d'IST (3,6 %).

Tableau 13.6 Prévalence de la syphilis selon certaines caractéristiques associées aux comportements à risque

Parmi les femmes et les hommes de 15-49 ans qui ont déjà eu des rapports sexuels, pourcentage qui sont actuellement atteints de la syphilis (RPR), selon certaines caractéristiques associées aux comportements à risque, EDSMD-III Madagascar 2003-2004

	Femmes		Hommes		Ensemble	
Caractéristique	Pourcentage positifs	Effectif	Pourcentage positifs	Effectif	Pourcentage positifs	Effectif
Infection sexuellement transmissible (IST) au cours de 12 derniers mois						
A déclaré avoir eu une IST ou des symptômes d'IST	20,0	76	7,9	94	13,3	171
A déclaré n'avoir eu ni IST ni des symptômes d'IST	4,1	2 151	3,6	2 035	3,8	4 185
Consommation d'alcool						
A déjà bu de l'alcool	5,4	1 222	4,2	1 583	4,7	2 805
A bu au cours des 3 derniers mois	6,1	475	4,3	1 214	4,8	1 689
N'a pas bu au cours des 3 derniers mois	5,0	747	4,0	369	4,7	1 116
N'a jamais bu d'alcool	3,7	1 005	2,4	546	3,2	1 551
Ensemble	4,6	2 227	3,8	2 129	4,2	4 356

Par ailleurs, la prévalence de la syphilis semble également varier avec la consommation d'alcool. Les femmes qui ont déjà bu de l'alcool ont une prévalence nettement plus élevée que celles qui n'en ont jamais bu (5,4 % contre 3,7 %) ; cette prévalence est encore plus élevée quand les femmes ont déclaré en avoir bu au cours des trois derniers mois (6,1 %). La même tendance est observée chez les hommes : 4,2 % pour ceux qui ont déjà bu de l'alcool contre 2,4 % pour ceux qui n'en ont jamais bu.

Au tableau 13.7, on remarque que la totalité des hommes (100,0 %) et des femmes (99,9 %) qui ont été déclaré positifs au test de la syphilis effectué au cours de l'EDSMD-III, n'ont jamais été testés auparavant pour le VIH. Ces hommes et femmes atteints de la syphilis ignorent donc leur statut sérologique concernant le VIH. En d'autres termes, la proportion de personnes ayant effectué volontairement le test de VIH est très faible à Madagascar, et elle est encore plus faible parmi les hommes et les femmes atteints d'IST comme la syphilis.

Tableau 13.7 Test du VIH antérieur à l'enquête et prévalence de la syphilis

Répartition (en %) des femmes et des hommes de 15-49 ans par statut sérologique de la syphilis selon qu'ils ont déjà ou non effectué un test du VIH, EDSMD-III Madagascar 2003-2004

	Résultats du test de syphilis					
	Femmes		Hommes		Ensemble	
Test antérieur à l'enquête	Positif	Négatif	Positif	Négatif	Positif	Négatif
A déjà subi un test de VIH et connaît les résultats du dernier test	0,1	1,0	0,0	0,9	0,1	1,0
A déjà subi un test de VIH mais ne connaît pas les résultats	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,1
Jamais testé/ND	99,9	98,9	100,0	98,9	99,9	98,9
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif	104	2 370	84	2 338	188	4 708

Prévalence de la syphilis parmi les couples

Parmi les hommes interviewés au cours de l'EDSMD-III, 1 327 vivaient avec leurs femmes dans le même ménage et leurs femmes avaient également été enquêtées. Dans ces cas, il a donc été possible d'associer l'homme à sa femme et de reconstituer ainsi 1 327 couples. Parmi ces 1 327 couples reconstitués, les deux partenaires ont été testés pour la syphilis.

On constate, au tableau 13.8 que, dans 93,6 % des couples, les deux conjoints sont négatifs, dans 1,4 % des couples, les deux conjoints sont positifs et dans 5,0 % des cas, un des deux conjoints est positif. Dans cette dernière catégorie de couples discordants, on constate que la proportion de couples dans lesquels l'homme est positif et la femme négative (2,4 %) est pratiquement identique à celle des couples où l'on constate la situation inverse (2,6 %). Bien que la prévalence de la syphilis chez les couples varie légèrement selon les différentes caractéristiques socio-démographiques (avec des maxima dans les provinces de Toliara, de Mahajanga et de Toamasina (respectivement, 11,4 %, 10,5 % et 10,0 % de couples dans lesquels, au moins, un conjoint est infecté), on n'observe pas de variation significative de la distribution des couples discordants selon que c'est l'homme ou la femme qui est infecté. Toutefois, le pourcentage de couples infectés diminue sensiblement selon le niveau de bien-être économique, des plus pauvres au plus riches.

Tableau 13.8 Prévalence de la syphilis parmi les couples

Répartition (en %) des couples cohabitants dont les deux conjoints ont été testés selon qu'ils sont actuellement atteints de la syphilis (RPR) et selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDSMD-III Madagascar 2003-2004

Caractéristique	Les deux conjoints positifs	Homme positif, femme négative	Femme positive, homme négatif	Les deux conjoints négatifs	Total	Effectif
Âge de la femme						
15-19	0,0	0,0	3,7	96,3	100,0	102
20-29	1,6	3,4	2,9	92,1	100,0	492
30-39	1,4	2,2	1,6	94,7	100,0	445
40-49	1,5	1,9	3,1	93,6	100,0	288
Âge de l'homme						
15-19	*	*	*	*	*	18
20-29	1,1	2,9	3,4	92,6	100,0	417
30-39	1,3	1,9	2,0	94,8	100,0	399
40-59	1,7	2,5	2,5	93,3	100,0	493
Écart d'âges entre conjoints						
Femme plus âgée	1,3	2,6	3,1	92,9	100,0	207
Homme plus âgé de 0-4 ans	1,3	2,4	2,3	94,0	100,0	571
Homme plus âgé de 5-9 ans	0,8	1,9	3,0	94,2	100,0	318
Homme plus âgé de 10-14 ans	2,2	3,3	1,5	93,1	100,0	130
Homme plus âgé de 15 ans ou plus	2,7	2,5	3,2	91,6	100,0	100
État matrimonial						
Marié	1,3	2,5	2,4	93,8	100,0	1 103
Vivant ensemble	1,6	2,0	3,6	92,8	100,0	224
Milieu de résidence						
Capitale	0,0	0,0	0,8	99,2	100,0	77
Autres villes	1,8	2,0	2,5	93,6	100,0	208
Rural	1,4	2,7	2,7	93,2	100,0	1 041
Province						
Antananarivo	0,1	0,3	0,8	98,8	100,0	457
Fianarantsoa	0,0	4,5	1,6	93,9	100,0	203
Toamasina	4,0	3,9	2,1	90,0	100,0	256
Mahajanga	2,1	3,6	4,8	89,5	100,0	173
Toliara	0,7	3,9	6,8	88,6	100,0	140
Antsiranana	3,3	0,0	4,1	92,6	100,0	99
Niveau d'instruction						
Aucun	1,8	3,6	6,3	88,2	100,0	291
Primaire/Alphabét.	1,5	3,1	1,8	93,6	100,0	651
Secondaire ou plus	0,8	0,3	1,1	97,8	100,0	385
Niveau d'instruction de l'homme						
Aucune	1,8	5,7	3,8	88,7	100,0	215
Primaire/Alphabét.	1,5	2,1	2,6	93,8	100,0	654
Secondaire ou plus	1,1	1,3	2,0	95,6	100,0	457
Écart de niveau d'instruction						
Homme et femme : aucun	1,2	7,6	6,9	84,2	100,0	118
Femme instruite, homme non	2,5	3,4	0,0	94,1	100,0	97
Homme instruit, femme non	2,1	0,9	5,9	91,0	100,0	173
Homme et femme instruits	1,1	1,9	1,7	95,2	100,0	939
Quintile de bien-être						
Le plus pauvre	2,3	2,2	5,9	89,6	100,0	296
Second	2,5	6,5	3,4	87,6	100,0	216
Moyen	1,3	3,2	1,3	94,2	100,0	254
Quatrième	0,9	0,3	1,3	97,5	100,0	243
Le plus riche	0,1	0,8	1,0	98,0	100,0	317
Ensemble	1,4	2,4	2,6	93,6	100,0	1 327

* Basé sur trop peu de cas non pondérés.

13.4 TRAITEMENT DE LA SYPHILIS

Au cours de l'EDSMD-III, un traitement a été proposé aux femmes et aux hommes dont le résultat au test de confirmation RPR s'était avéré positif, cela en respectant le protocole de traitement de la syphilis préconisé par le Ministère de la Santé et du Planning Familial de Madagascar. Ainsi, à la lecture du consentement pour le traitement, si l'enquêté acceptait d'être traité, l'infirmière lui proposait un traitement sur place à domicile consistant en une injection à la pénicilline (2,4 millions unités de benzathine pénicilline). Ensuite, pour ceux qui ont accepté d'être traités mais qui ont refusé l'injection et pour ceux également qui ont accepté d'être traités et qui ont déclaré avoir eu des réactions à la pénicilline, l'infirmière leur proposait un traitement consistant en des comprimés à la doxycycline 100 milligrammes (mg) en raison d'un comprimé, deux fois par jour et pendant 15 jours. Toutefois, un traitement à l'érythromycine 500 mg (2 comprimés × 2/jour pendant 21 jours) était proposé à la place de la doxycycline, aux femmes enceintes. Il faut souligner ici, que le traitement de première intention de la syphilis conformément au protocole du Ministère de la Santé consistait en une injection d'une dose de 2,4 millions unités de benzathine pénicilline, car même si l'enquêté préférait le traitement aux comprimés, on ne peut pas être certain qu'il suivra scrupuleusement les consignes du traitement pendant la durée requise. Enfin, quand un enquêté refusait le traitement proposé, l'infirmière lui offrait une fiche de référence qu'il devait présenter dans l'établissement de santé le plus proche pour recevoir un suivi et un traitement complets et gratuits. Les enquêtés qui ont refusé le traitement sur le terrain et ont refusé la fiche de référence, étaient considérés comme ne voulant pas être traités.

Le tableau 13.9 présente la répartition des femmes et des hommes qui ont eu un résultat positif au test de confirmation RPR de la syphilis selon le type de traitement ou de suivi qu'ils ont reçu. À cause des petits effectifs, les résultats ne sont présentés que par sexe. Le tableau indique que parmi les femmes qui ont eu un résultat positif, un peu plus du quart (26,6 %) ont accepté d'être traité sur place avec de la pénicilline, un peu plus de la moitié (57,3 %) ont préféré prendre des comprimés d'antibiotiques et 7,7 % ont demandé une lettre de référence pour aller se faire soigner dans l'établissement de santé le plus proche. Autrement dit, 8,5 % de femmes positives au test de la syphilis, n'ont ni accepté d'être traitées sur place, ni accepté des comprimés et ni accepté un traitement dans un établissement de santé. Si on ajoute à ces femmes. les 7,7 % qui n'ont accepté que la lettre de référence, on en déduit que 16,2 % des femmes qui ont eu un résultat positif au test de la syphilis ont refusé le traitement proposé par l'infirmière.

Tableau 13.9 Traitement de la syphilis

Répartition des femmes et des hommes qui ont eu un résultat positif au test de confirmation RPR de la syphilis selon le type de traitement de suivi qu'ils ont reçu, EDSMD-III Madagascar 2003-2004

	Traitement et suivi de la syphilis					
Enquêtés	Injection de la pénicilline	Comprimés d'anti-biotiques	Lettre de référence	Refus/ veut pas être traité	Total	Effectif
Femmes	26,6	57,3	7,7	8,5	100,0	104
Hommes	42,3	49,3	3,0	5,4	100,0	84
Ensemble	33,6	53,7	5,6	7,1	100,0	188

Chez les hommes, le pourcentage de cas positifs qui ont accepté le traitement contre la syphilis proposé par l'infirmière (91,6 %) est plus élevé que pour les femmes (83,9 %). En outre, la proportion d'hommes ayant accepté le traitement de première intention sur place, c'est-à-dire l'injection de benzathine pénicilline (2,4 millions unités) est plus élevée que celle des femmes (42,3 % contre 26,6 %). Par contre, moins d'hommes que de femmes ont accepté le traitement avec des comprimés (49,3 % contre 57,3 %).

Enfin, les hommes sont en proportion moins nombreux que les femmes à avoir refusé catégoriquement tout type de traitement, qu'il soit donné par l'infirmière sur le terrain ou qu'il soit donné dans un établissement de santé (5,4 % contre 8,5 %).

Globalement, à Madagascar, 7,1 % des personnes qui ont été testées positives au test de la syphilis lors de l'EDSMD-III, 2003-2004, ont refusé tout traitement. Seulement un tiers (33,6 %) ont accepté et ont été traitées avec une dose d'injection de 2,4 millions unités de benzathine pénicilline. Un peu plus de la moitié (53,7 %) n'ont accepté qu'un traitement aux comprimés à prendre à la maison.

TEST DE DÉPISTAGE DE L'IMMUNITÉ CONTRE LE TÉTANOS ET LA ROUGEOLE 14

Soumaïla MARIKO

14.1 INTRODUCTION

Comme on l'a déjà précisé au chapitre 1, des tests de dépistage de l'immunité contre le tétanos et la rougeole chez les enfants de moins de cinq ans et contre le tétanos chez les femmes en âge de reproduction de 15-49 ans ont été effectués au cours de l'EDSMD-III ; ces tests ont été effectués à la demande du gouvernement de Madagascar avec l'accord des bailleurs de fonds et l'assistance technique de ORC Macro. L'objectif de ces tests est d'estimer le pourcentage d'enfants de moins de cinq ans protégés contre la toxine de tétanos et la rougeole ainsi que le pourcentage de femmes en âge de procréer (15-49 ans) protégées contre la toxine de tétanos. Ces estimations sont représentatives au niveau national, urbain et rural et au niveau de chacune des 6 provinces de Madagascar.

Pour ce qui concerne les aspects méthodologiques des tests de tétanos et de rougeole, les détails sont fournis au chapitre 1 (Caractéristiques du Pays et Présentation de l'Enquête et de la Méthodologie des Tests Sérologiques).

L'immunité contre le tétanos est essentiellement acquise à la suite de vaccins reçus, même si la faible proportion de gens qui arrivent à survivre à la suite de l'infection de tétanos peuvent développer une relative immunité.

Par contre, l'acquisition de l'immunité contre la rougeole chez l'enfant est beaucoup plus complexe et elle peut s'opérer de trois façons. Jusqu'à l'âge de huit mois environ, les anticorps reçus de la mère au cours de la grossesse sont présents. L'enfant perd graduellement cette immunité acquise de la mère jusqu'à l'âge de neuf mois environ pour se doter de son propre système immunitaire. Il se peut donc qu'un enfant âgé de neuf mois ou plus soit immunisé à la suite du vaccin qu'il aurait reçu entre 9 et 12 mois pour développer son système immunitaire. D'autre part, un enfant de neuf mois ou plus peut également présenter des anticorps immunitaires contre la rougeole s'il arrive à survivre à un épisode de cette maladie.

14.2 INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS DE TEST DU TÉTANOS

Pour ce qui concerne le test de laboratoire pour le tétanos, l'interprétation des résultats se classe en trois catégories :

1) Les personnes complètement immunisées, sont celles dont le sang contient un taux d'antitoxine de tétanos supérieur à 0,1 Unité Internationale par millilitre (UI/ml de sang) qui leur assure une protection complète contre le tétanos pendant une période d'au moins 10 années (OMS, 1969 ; Kristiansen et al., 1997).

2) Les personnes qui ont été identifiées comme étant partiellement immunisées sont celles dont le taux d'antitoxine de tétanos dans le sang est inférieur à 0,1 UI/ml mais supérieur à 0,01 UI/ml, ce qui leur procure une faible immunité. Ces personnes partiellement immunisées ont besoin d'un rappel de vaccins contre le tétanos dans les deux années qui suivent pour être complètement immunisées pendant une période d'au moins dix années.

3) Les personnes qui se sont révélées sans aucune protection immunitaire contre le tétanos sont celles qui n'ont eu aucune présence d'antitoxine ou n'ont eu que des traces, c'est-à-dire un taux inférieur à 0,01 Iµ/ml de sang. Ces personnes sont celles qui n'ont jamais reçu de vaccins contre le tétanos ou qui n'ont reçu que des premières doses sans avoir compléter le nombre de doses nécessaires et dans le délai requis. Ainsi, chez les personnes qui n'ont reçu que des premières doses sans les avoir complétées dans le délai, il se produit une perte graduelle de l'immunité partielle acquise faute d'avoir atteint le niveau suffisant d'antitoxine de tétanos dans le sang qui assure une protection immunitaire complète.

14.3 TEST DE DÉPISTAGE DE L'IMMUNITÉ CONTRE LE TÉTANOS CHEZ LES FEMMES

Taux de couverture du test de tétanos chez les femmes

Le tableau 14.1, qui suit fournit les taux de couverture du test de tétanos chez les femmes de 15-49 ans, selon le milieu de résidence. La population éligible pour ce test consiste en la population de fait des femmes du ménage, dans la tranche d'âges 15-49 ans, c'est-à-dire la population de toutes les femmes de 15-49 ans qui ont dormi dans le ménage la nuit précédant l'interview. La population comprend les femmes résidentes habituelles présentes dans les ménages et les visiteuses qui ont dormi dans le ménage la nuit précédant l'interview.

Dans l'ensemble, 91 % des femmes de 15-49 ans ont donné un échantillon de sang pour le test de tétanos. Le taux de couverture chez les femmes est plus élevé en milieu rural qu'en milieu urbain (93 % contre 89 %).

Tableau 14.1 Couverture du test de tétanos chez les femmes

Répartition (en %) des femmes 15-49 ans (de fait) éligibles pour le test de tétanos selon qu'elles ont été testées ou non, selon le milieu de résidence (non-pondéré), EDSMD-III Madagascar 2003-2004

	Résidence		
Caractéristique	Urbain	Rural	Ensemble
A été testée	89,4	92,7	90,6
N'a pas été testée	10,6	7,3	9,4
Refusé	6,8	2,7	5,3
Absente/autre	2,6	2,2	2,5
Enquête quest. individ.	0,4	0,4	0,4
Pas enquête quest. individ.	2,2	1,8	2,1
ND	1,2	2,4	1,6
Total	100,0	100,0	100,0
Effectif non pondéré	1 821	1006	2 827

Taux de prévalence immunitaire contre le tétanos chez les femmes

Le tableau 14.2 présente les résultats du test de dépistage de l'immunité contre le tétanos parmi les femmes immunisées. On constate que 61 % sont complètement immunisées et 21 % sont partiellement immunisées (tableau 14.2). Par conséquent, près d'une femme de 15-49 ans sur cinq (18 %) sont totalement sans protection immunitaire contre le tétanos, soit un total de 39 % de femmes qui ont besoin d'être vaccinées contre le tétanos dans les deux années qui suivent si on tient compte de celles qui sont partiellement immunisées.

Tableau 14.2 Test de dépistage de l'immunité contre le tétanos chez les femmes

Pourcentage de femmes 15-49 ans immunisées contre le tétanos selon le résultat au test sanguin et selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDSMD-III Madagascar 2003-2004

Caractéristique	Pourcentage testé	Effectif d'éligibles pondéré	Effectif d'éligibles non pondéré	Pourcentage complètement immunisé[1]	Pourcentage partiellementi mmunisé[2]	Effectif pondéré
Âge						
15-19	97,4	531	528	59,4	25,3	517
20-24	95,2	503	521	69,2	18,9	479
25-29	97,3	432	423	65,7	20,0	420
30-34	96,0	398	399	64,1	20,4	383
35-39	96,7	325	320	58,9	15,1	314
40-44	97,8	283	279	52,7	22,4	276
45-49	95,9	220	222	48,7	26,0	211
État matrimonial						
Célibataire	95,6	581	654	55,1	29,1	556
En rupture d'union	94,6	358	333	64,5	19,6	338
En union	97,3	1753	1 705	62,7	18,7	1 706
Milieu de résidence						
Capitale	94,2	153	526	60,6	16,1	144
Autres villes	94,9	499	1 208	67,4	20,6	473
Ensemble urbain	94,7	651	1 734	65,8	19,5	617
Rural	97,2	2041	958	59,9	21,5	1 983
Province						
Antananarivo	98,1	918	1 018	58,5	22,5	900
Fianarantsoa	95,3	512	418	63,6	19,7	488
Toamasina	99,6	412	404	60,8	21,4	410
Mahajanga	93,2	333	259	59,2	18,3	310
Toliara	93,7	339	350	63,6	22,7	318
Antsiranana	97,4	178	243	69,6	18,3	174
Niveau d'instruction						
Aucun	93,8	572	396	47,4	22,0	536
Primaire/Alphabét.	97,7	1260	1 073	62,4	22,6	1 231
Secondaire ou +	96,8	860	1 223	68,6	18,1	833
Quintile de bien-être						
Le plus pauvre	94,3	584	356	55,2	23,3	551
Second	95,6	424	277	56,6	22,3	405
Moyen	98,4	505	362	64,2	19,5	497
Quatrième	98,6	458	468	65,9	22,2	452
Le plus riche	96,4	721	1 229	63,8	18,9	696
Ensemble	96,6	2692	2 692	61,3	21,1	2 600

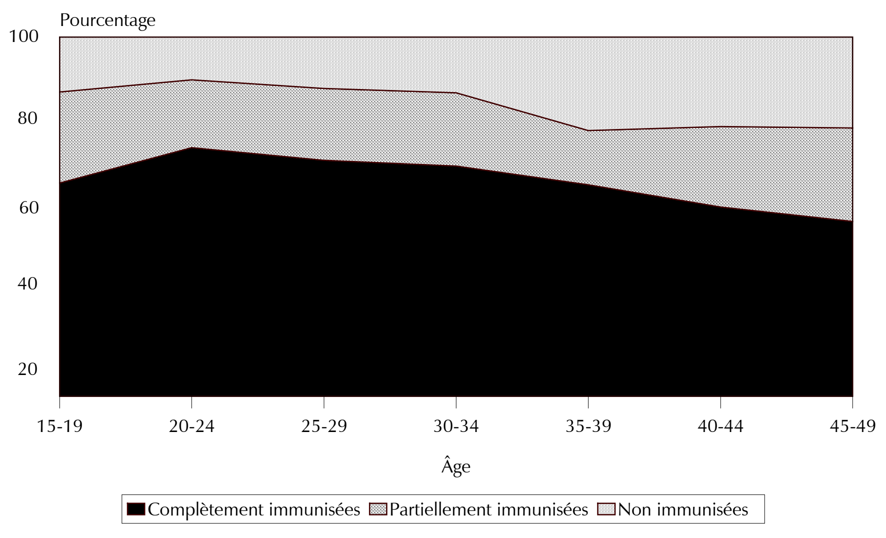
[1] Complètement immunisé se réfère aux femmes qui présentent la toxine de tétanos dans le sang dont le taux est suffisamment élevé (taux> 0,1 UI/ml) pour leur assurer une protection immunitaire contre le tétanos pour une période de 10 ans ou plus.
[2] Partiellement immunisé se réfère aux femmes qui présentent la toxine de tétanos dans le sang, mais dont le taux est trop faible (taux< 0,1 UI/ml et > 0,01 UI/ml) pour leur assurer une protection immunitaire contre le tétanos.

On peut constater au graphique 14.1 les écarts entre les pourcentages de femmes immunisées contre le tétanos, selon l'âge. Le pourcentage de femmes complètement immunisées ne varie pas beaucoup avec l'âge, de 59 % ou plus à 15-39 ans à 53 % à 40-44 ans et 49 % à 45-49 ans.

Selon le milieu de résidence, le pourcentage de femmes complètement immunisées contre le tétanos varie très peu (66 % pour le milieu urbain contre 60 % en milieu rural).

Selon la province, on constate que c'est dans celle d'Antsiranana (70 %), suivie de Fianarantsoa et de Toliara (64 %) que les pourcentages de femmes complètement immunisées sont les plus élevées ; à l'opposé, celles d'Antananarivo (59 %), de Mahajanga (59 %) et de Toamasina (61 %) sont celles qui présentent les pourcentages les plus faibles.

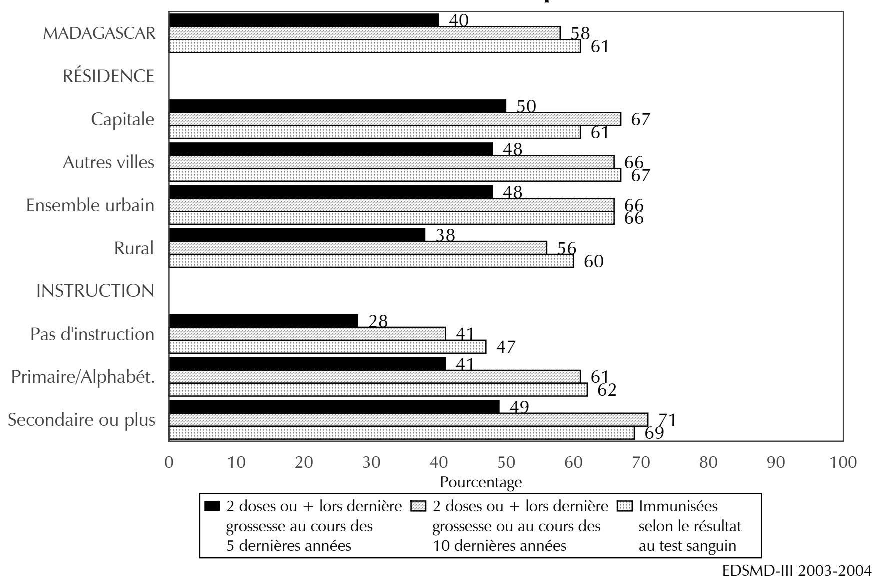
Graphique 14.1 Immunisation des femmes de 15-49 ans contre le tétanos selon le résultat au test sanguin



Taux de prévalence immunitaire contre le tétanos et vaccination selon le carnet chez les femmes

Le graphique 14.2 présente les trois mesures de couverture vaccinale : le pourcentage de femmes qui ont reçu 2 injections ou plus au cours de la dernière grossesse, le pourcentage de celles qui ont reçu 2 injections ou plus contre le tétanos à n'importe quel moment au cours des 10 dernières années et le taux immunitaire selon le résultat du test sanguin. Les résultats montrent que le taux immunitaire (61 %) est de loin beaucoup plus proche du pourcentage de femmes ayant reçu au moins deux vaccins à n'importe quel moment au cours des 10 dernières années (58 %) que de celui des femmes ayant reçu au moins deux doses au cours de la dernière grossesse survenue au cours des cinq dernières années (40 %). Les résultats en fonction du milieu de résidence ou du niveau d'instruction permettent de tirer les mêmes conclusions.

Graphique 14.2 **Vaccination antitétanique durant la dernière grossesse et au cours des dix dernières années, et pourcentage immunisées selon le résultat au test sanguin pour les femmes de 15-49 ans qui ont eu une naissance vivante au cours des cinq dernières années**



14.4 TEST DE DÉPISTAGE DE L'IMMUNITÉ CONTRE LE TÉTANOS ET LA ROUGEOLE CHEZ LES ENFANTS

Taux de couverture du test de la rougeole et du tétanos chez les enfants

Cette section porte sur le taux de couverture de l'échantillon pour les tests du tétanos et de rougeole chez les enfants.

Le tableau 14.3 fournit les taux de couverture du test du tétanos et de la rougeole chez les enfants, selon le milieu de résidence. La population éligible pour ces tests consiste en la population de fait des enfants du ménage, dans la tranche d'âges 0-4 ans, c'est-à-dire la population composée de tous les enfants de moins de cinq ans qui ont dormi dans le ménage la nuit précédant l'interview. La population comprend les enfants résidents habituels présents dans les ménages et les visiteurs qui ont dormi dans le ménage la nuit précédant l'interview.

Globalement, on a prélevé un échantillon de sang pour les tests du tétanos et de rougeole auprès de 86 % des enfants de moins de cinq ans. Le taux de couverture est légèrement plus élevé en milieu rural (88 %) qu'en milieu urbain (84 %).

Tableau 14.3 Couverture du test de rougeole et de tétanos chez les enfants

Répartition (en %) des enfants de moins de cinq ans (de fait) éligibles pour le test de la rougeole et de tétanos selon qu'ils ont été testés ou non, selon le milieu de résidence (non-pondéré), EDSMD-III Madagascar 2003-2004

	Rougeole			Tétanos		
Couverture du test	Urbain	Rural	Ensemble	Urbain	Rural	Ensemble
A été testé	84,3	87,9	85,9	84,4	88,0	86,0
N'a pas été testé	15,7	12,1	14,1	15,6	12,0	14,0
Refusé	12,9	6,1	9,8	12,7	6,1	9,7
Absent/autre	0,9	2,6	1,7	0,9	2,6	1,7
Enquête quest. individ.	0,4	1,2	0,8	0,4	1,2	0,8
Pas enquête quest. individ.	0,5	1,4	0,9	0,5	1,4	0,9
ND	1,9	3,4	2,6	2,0	3,3	2,6
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif non pondéré	1 036	881	1 917	1 036	881	1 917

Taux de prévalence immunitaire contre le tétanos

On constate au tableau 14.4, que 53 % d'enfants de moins de cinq ans sont complètement immunisés contre le tétanos et 24 % ne le sont que partiellement, c'est-à-dire que la durée immunitaire de l'anticorps est inférieure à 2 ans. À l'opposé, pratiquement un enfant sur quatre (23 %) ne présente aucune protection immunitaire contre le tétanos.

Le pourcentage d'enfants complètement immunisés contre le tétanos varie selon l'âge (tableau 14.4 et graphique 14.3). Il atteint son niveau le plus élevé à 9-11 mois (63 %) et le plus faible à 12-23 mois (49 %) et à 36-59 mois (48 %).

Selon le milieu de résidence, on constate que le pourcentage d'enfants complètement immunisés contre le tétanos varie de 63 % en milieu urbain à 50 % en milieu rural.

Dans les provinces, c'est Antananarivo qui présente le pourcentage le plus élevé d'enfants complètement immunisés (62 %), suivie de la province de Fianarantsoa (58 %) et d'Antsiranana (50 %). C'est la province de Toliara qui détient le pourcentage le plus faible d'enfants complètement immunisés (40 %).

Le pourcentage d'enfants partiellement immunisés contre le tétanos est le même pour les enfants vivant avec leurs mères dans le ménage (24 %) que pour ceux dont les mères ne vivent pas dans le ménage ou sont décédées (25 %). Par contre, on remarque que le pourcentage d'enfants complètement immunisés contre le tétanos varie énormément de 32 % pour les enfants dont les mères ne vivent pas dans le ménage ou sont décédées, à 54 % pour ceux dont les mères vivent dans le ménage. Étant donné que les enfants deviennent complètement immunisés contre le tétanos lorsqu'ils reçoivent les trois doses de vaccins antitétaniques (DTCoq3) lors du suivi postnatal, il en résulte que les enfants dont les mères ne vivent pas dans le ménage ou sont décédées seraient beaucoup plus nombreux que les enfants qui vivent avec leurs mères dans le ménage, à ne pas compléter leur vaccination.

Globalement à Madagascar, près de la moitié (47 %) des enfants de moins de cinq ont besoin d'être vaccinés contre le tétanos dans les deux années qui suivent, dont 23 % n'ont aucune protection immunitaire contre le tétanos et 24 % partiellement immunisés.

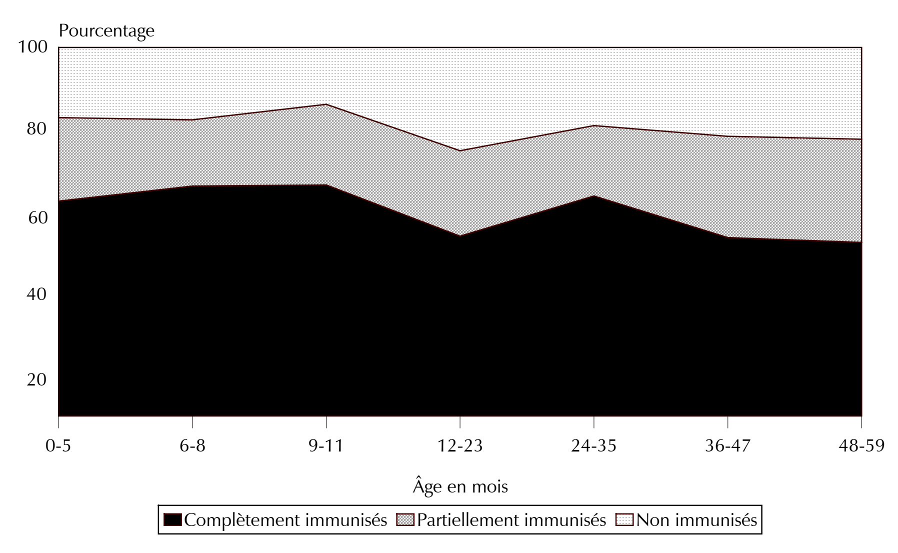
Tableau 14.4 Test de dépistage de l'immunité contre le tétanos et la rougeole chez les enfants

Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans immunisés contre le tétanos et la rougeole selon le résultat au test sanguin et selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDSMD-III Madagascar 2003-2004

	Tétanos						Rougeole				
Caractéristique	Pourcentage testé	Effectif d'éligibles pondéré	Effectif d'éligibles non pondéré	Pourcentage complètement immunisé[1]	Pourcentage partiellement immunisé[2]	Effectif pondéré	Pourcentage testé	Effectif d'éligibles pondéré	Effectif d'éligibles non pondéré	Pourcentage immunisé	Effectif pondéré
Âge de l'enfant											
< 6 mois	69,9	237	188	58,3	22,7	166	69,9	237	188	69,3	166
6-8 mois	79,3	123	109	62,4	18,0	97	79,3	123	109	45,1	97
9-11 mois	90,9	109	102	62,7	21,9	99	90,9	109	102	53,7	99
12-23 mois	87,6	443	361	48,8	23,2	388	87,6	443	361	63,5	388
24-35 mois	91,8	366	355	59,7	19,1	336	91,8	366	355	58,7	336
36-47 mois	90,8	453	396	48,4	27,5	411	90,8	453	396	65,5	411
48-59 mois	87,8	441	406	47,1	28,0	387	87,8	441	406	66,7	387
Sexe de l'enfant											
Masculin	86,9	1 096	944	49,9	25,5	952	86,9	1 096	944	62,9	952
Féminin	86,7	1 076	973	55,3	22,5	932	86,7	1 076	973	62,7	932
Âge à la naissance											
<20	88,4	321	286	52,5	24,8	284	88,4	321	286	57,0	284
20-34	88,1	1 258	1 117	55,1	23,3	1 109	88,1	1258	1 117	65,1	1 109
35+	90,4	317	267	53,6	24,5	286	90,4	317	267	62,4	286
Rang de naissance											
1	89,8	400	383	58,3	24,7	359	89,8	400	383	68,8	359
2-3	89,0	654	621	57,0	23,1	582	89,0	654	621	65,3	582
4-5	88,3	422	342	50,1	25,8	373	88,3	422	342	57,1	373
6+	87,0	421	324	50,8	21,9	366	87,0	421	324	60,8	366
Milieu de résidence											
Capitale	83,2	67	229	63,2	20,2	56	83,2	67	229	77,0	56
Autres villes	86,0	322	807	63,0	23,6	277	86,0	322	807	63,2	277
Ensemble urbain	85,5	389	1 036	63,1	23,1	332	85,5	389	1 036	65,6	332
Rural	87,0	1 783	881	50,3	24,2	1 552	87,0	1 783	881	62,2	1 552
Province											
Antananarivo	90,6	596	591	61,5	21,2	540	90,6	596	591	73,2	540
Fianarantsoa	86,7	467	350	58,0	24,0	405	86,7	467	350	59,9	405
Toamasina	96,3	358	293	46,3	27,5	344	96,3	358	293	57,6	344
Mahajanga	68,0	309	222	47,2	16,4	210	68,0	309	222	58,6	210
Toliara	85,8	309	303	39,8	31,6	265	85,8	309	303	64,7	265
Antsiranana	90,3	132	158	49,9	23,0	119	90,3	132	158	43,9	119
Niveau d'instruction											
Aucun	85,1	462	321	41,8	21,2	394	85,1	462	321	57,2	394
Primaire/Alphabét.	89,0	1 004	815	54,3	24,7	894	89,0	1 004	815	59,5	894
Secondaire ou +	91,2	429	534	67,4	24,2	391	91,2	429	534	77,9	391
Enfants des mères enquêtées	88,6	1 896	1 670	54,4	23,8	1 679	88,6	1 896	1 670	63,2	1 679
Enfants des mères non-enquêtées											
Mère vivant dans le ménage	55,4	114	94	48,6	27,3	63	55,4	114	94	68,0	63
Mère ne vivant pas dans le ménage	87,8	161	153	32,7	25,3	142	87,8	161	153	55,2	142
Quintile de bien-être											
Le plus pauvre	86,3	526	335	45,5	24,4	454	86,3	526	335	57,5	454
Second	81,9	441	294	43,6	25,4	361	81,9	441	294	56,0	361
Moyen	88,9	509	361	52,6	24,6	452	88,9	509	361	63,8	452
Quatrième	88,2	370	363	62,2	20,9	326	88,2	370	363	62,7	326
Le plus riche	89,0	326	564	64,1	24,3	290	89,0	326	564	78,2	290
Ensemble	86,8	2 172	1 917	52,6	24,0	1 884	86,8	2 172	1 917	62,8	1 884

[1] Complètement immunisé se réfère aux enfants qui présentent la toxine de tétanos dans le sang dont le taux est suffisamment élevé (taux> 0,1 UI/ml) pour leur assurer une protection immunitaire contre le tétanos pour une période de 10 ans ou plus.
[2] Partiellement immunisé se réfère aux enfants qui présentent la toxine de tétanos dans le sang, mais dont le taux est trop faible (taux< 0,1 UI/ml et > 0,01 UI/ml) pour leur assurer une protection immunitaire contre le tétanos.

Graphique 14.3 **Immunisation des enfants de moins de cinq ans contre le tétanos selon le résultat au test sanguin**

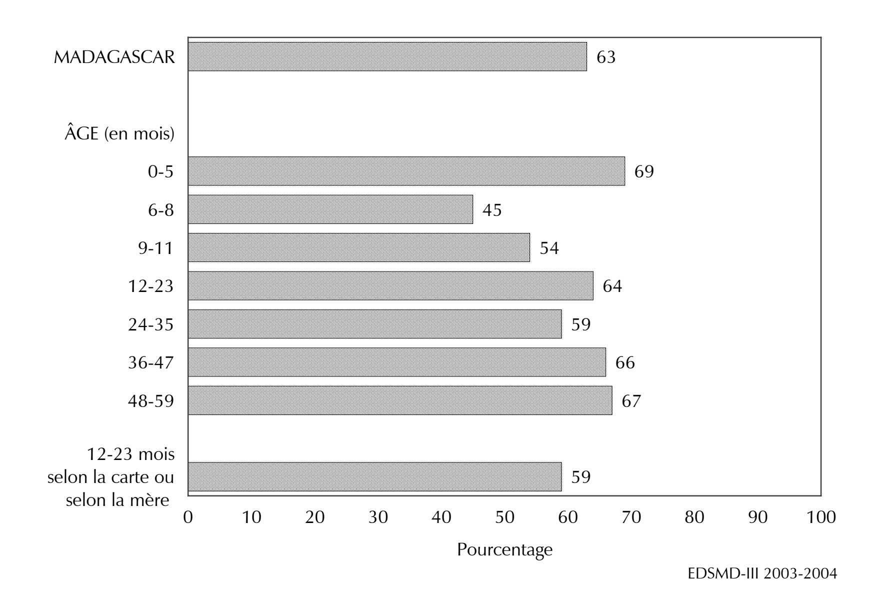


Taux de prévalence immunitaire contre la rougeole

Le tableau 14.4 présente également les proportions d'enfants de moins de cinq ans immunisés contre la rougeole. On constate que près des deux tiers des enfants (63 %) sont immunisés contre la rougeole.

Le graphique 14.4 illustre les écarts de pourcentage d'enfants immunisés contre la rougeole selon l'âge. On remarque ainsi que le pourcentage d'enfants immunisés varie avec l'âge : entre 0-5 mois, âge auquel les enfants ne sont pas encore vaccinés, le pourcentage élevé d'enfants immunisés (69 %) résulterait de l'immunité reçue des mères. C'est entre 6-8 mois, âge auquel, normalement, les enfants ne sont toujours pas vaccinés et âge auquel de moins en moins d'entre eux sont encore couverts par l'immunité reçue de la mère, que le pourcentage d'enfants protégés est le plus faible (45 %). À partir de 9 mois, la proportion d'enfants protégés devrait augmenter rapidement et tous les enfants devraient être couverts du fait de la vaccination ; cependant, seulement 54 % des enfants de 9-11 mois et 64 % des 12-23 mois présentent une protection immunitaire contre la rougeole. C'est à partir de 36 mois que les pourcentages d'enfants protégés sont les plus élevés (66 % à 36-47 mois et 67 % à 48-59 mois).

Graphique 14.4 Immunisation des enfants de moins de cinq ans contre la rougeole selon le résultat au test sanguin et vaccination des 12-23 mois selon la carte ou la déclaration de la mère



Le pourcentage d'enfants du groupe d'âges 12-23 mois immunisés contre la rougeole (64 %) est très proche de la couverture vaccinale contre la rougeole déduite de la carte de vaccination ou de la déclaration de la mère (59 %). Ceci confirme que les informations sur la vaccination recueillies dans le questionnaire fournissent des résultats fiables sur la couverture vaccinale.

En fonction du milieu de résidence, on constate un écart entre la capitale et les autres milieux de résidence : en effet, dans la capitale, 77 % des enfants sont immunisés contre 63 % dans les autres villes et 62 % en milieu rural.

Dans les provinces, on constate également des écarts ; ce sont celles d'Antananarivo (73 %), et de Toliara (65 %) qui présentent les pourcentages d'enfants immunisés les plus élevés. Ce niveau assez élevé à Toliara, province beaucoup moins équipée en infrastructures sanitaires, pourrait être dû à un nombre élevé de cas naturellement immunisés à la suite d'épidémies. La province d'Antsiranana présente le pourcentage d'immunisés le plus faible (44 %).

14.5 IMMUNITÉ SÉROLOGIQUE ET VACCINATION SELON LE CARNET

Le carnet de vaccination est un outil adéquat pour le suivi des femmes enceintes au cours des consultations prénatales qui peut contribuer à prévenir les risques et les complications de l'accouchement et de surcroît améliorer l'état de santé de la mère et du bébé. Cependant, les carnets de vaccination ne sont pas toujours mis à jour et il est donc difficile de les considérer comme des sources d'information fiables. Dans le cadre de l'analyse des résultats de l'EDSMD-III, on a donc évalué l'efficacité des vaccinations administrées aux femmes et aux enfants. Chez les femmes, on a calculé le pourcentage immunisé selon le résultat du test sanguin parmi celles qui ont reçu, selon le carnet, 2 injections ou plus de tétanos au cours de la dernière grossesse ou à n'importe quel moment au cours des dix dernières années. De même, chez les enfants de 12-59 mois, on a aussi calculé le pourcentage immunisé selon le résultat du test sanguin parmi ceux qui ont reçu les trois injections de tétanos (DTCoq3) avant d'atteindre l'âge de 12 mois selon

le carnet de vaccination. Pour les mêmes enfants de 12-59 mois, le pourcentage immunisé selon le résultat du test sanguin a été calculé parmi ceux qui ont reçu l'injection contre la rougeole avant d'atteindre l'âge de 12 mois selon le carnet.

Immunité sérologique contre le tétanos et vaccination chez les femmes

Les données du tableau 14.5 présentent le pourcentage de femmes de 15-49 ans complètement immunisées selon le test sanguin parmi celles qui avaient reçu 2 injections ou plus de tétanos au cours de la dernière grossesse et selon certaines caractéristiques socio-démographiques.

Tableau 14.5 Immunité sérologique contre le tétanos et vaccination selon les déclarations chez les femmes ayant eu une naissance au cours des cinq dernières années

Pourcentage de femmes de 15-49 ans immunisées contre le tétanos selon le test sérologique parmi celles qui ont reçu 2 injections ou plus contre le tétanos au cours de la dernière grossesse des cinq dernières années et, pourcentage immunisé contre le tétanos selon le test sérologique parmi celles qui ont reçu 2 injections ou plus contre le tétanos à n'importe quel moment au cours des 10 dernières années selon les déclarations, par certaines caractéristiques socio-démographiques, EDSMD-III Madagascar 2003-2004

	Femmes 15-49 ans qui ont reçu 2 injections ou plus contre le tétanos au cours de la dernière grossesse des cinq dernières années selon les déclarations :		Femmes de 15-49 ans qui ont reçu 2 injections ou plus contre le tétanos à n'importe quel moment au cours des 10 dernières années selon les déclarations :	
Caractéristique	Pourcentage immunisé contre le tétanos selon le test sérologique	Effectif	Pourcentage immunisé contre le tétanos selon le test sérologique	Effectif
Âge à la naissance				
<20	92,4	126	92,8	133
20-34	90,7	341	92,6	560
35-49	94,4	81	92,8	114
Milieu de résidence				
Capitale	86,7	23	88,8	30
Autres villes	96,4	92	96,1	138
Ensemble urbain	94,4	116	94,7	168
Rural	90,8	432	92,1	639
Province				
Antananarivo	81,8	159	88,0	272
Fianarantsoa	95,3	129	93,7	183
Toamasina	95,5	83	95,0	129
Mahajanga	94,8	82	95,5	95
Toliara	94,7	57	95,0	76
Antsiranana	99,8	39	99,2	52
Niveau d'instruction				
Aucun	88,9	100	89,3	126
Primaire/ Alphabé.	92,5	289	93,9	449
Secondaire ou plus	91,6	158	92,2	232
Niveau de bien-être				
Le plus pauvre	86,8	121	89,0	171
Second	95,5	108	96,2	142
Moyen	99,8	106	97,1	182
Quatrième	82,9	96	88,3	140
Le plus riche	92,6	115	92,4	173
Ensemble	91,6	548	92,7	807

On note dans le tableau que parmi les femmes qui avaient reçu 2 injections antitétaniques ou plus au cours de la dernière grossesse survenue au cours des cinq années ayant précédé l'enquête, neuf femmes sur dix (92 %) possèdent une protection immunitaire complète contre le tétanos. Autrement dit, pour 8 % des femmes, au moins les deux injections requises qu'elles ont reçues contre le tétanos au cours de la

dernière grossesse ne leur ont pas assuré une immunité complète. Cet écart entre le nombre de vaccins reçus selon les déclarations et l'immunité sérologique selon le test varie en fonction des caractéristiques socio-démographiques. Selon le milieu de résidence, on constate que le pourcentage de femmes immunisées varie de 87 % dans la Capitale à 96 % dans les autres villes ; pour l'ensemble du milieu urbain, il est de 94 % contre 91 % pour le milieu rural. C'est seulement dans la province d'Antsiranana que les femmes vaccinées d'après les déclarations sont à 100 % immunisées contre le tétanos selon le test sanguin. Le pourcentage est quasiment le même (95 %) pour les autres provinces à l'exception de celle d'Antananarivo où il n'est que de 82 %. Selon le niveau de bien-être économique, les résultats montrent que ce sont dans les ménages de niveau moyen que les femmes ayant reçu au moins 2 vaccins au cours de la dernière grossesse des cinq dernières années sont quasiment immunisées (100 %).

Le tableau 14.5 fourni également le pourcentage de femmes complètement immunisées contre le tétanos parmi celles qui ont reçu les deux injections de tétanos selon les déclarations à n'importe quel moment au cours des dix dernières années. Cette nouvelle définition, tient compte des injections de vaccins reçues en dehors de visites prénatales en plus de celles reçues au cours des visites des cinq dernières années. On note que le pourcentage de femmes complètement vaccinées selon les déclarations mais sans immunité complète est presque le même (7 %) que celui des femmes sans immunité parmi celles qui ont reçu les 2 injections ou plus au cours de la dernière grossesse (8 %).

Immunité sérologique contre le tétanos et la rougeole et vaccination selon le carnet chez les enfants

Le tableau 14.6 présente le pourcentage d'enfants de 12 à 59 mois immunisés contre le tétanos parmi ceux qui avaient reçu avant l'âge de 12 mois les trois injections contre le tétanos (DTCoq3) selon le carnet. Un peu plus de neuf enfants sur dix (93 %) ayant reçu les 3 injections de tétanos (DTCoq3) avant l'âge de 12 mois sont complètement immunisés contre le tétanos selon le test sanguin. Autrement dit, pratiquement un enfant sur dix (7 %) complètement vaccinés contre le tétanos (DTCoq3) selon le carnet n'est pas complètement immunisé contre le tétanos selon le résultat du test. Le pourcentage varie selon les caractéristiques socio-démographiques. Selon la résidence, les résultats montrent que ce sont les enfants du milieu rural qui ont reçu les 3 vaccins de tétanos (DTCoq3) qui sont, selon le test sérologique, les moins immunisés (92 % contre 98 % pour les autres villes et 97 % pour l'ensemble du milieu urbain). Par province, ce sont les enfants de Mahajanga (100 %), de Toliara et de Fianarantsoa (97 % chacune) qui ont reçu le DTCoq3 et qui sont les plus immunisés, selon le test sérologique. Ces proportions sont supérieures à celles de la province d'Antananarivo (92 %).

Le tableau 14.6 présente également le pourcentage d'enfants de 12 à 59 mois immunisés contre la rougeole parmi ceux qui avaient reçu le vaccin contre la rougeole avant l'âge de 12 mois selon le carnet. Il faut aussi souligner ici que les enfants qui contractent la rougeole sans en mourir peuvent développer une immunité naturelle même s'ils n'ont pas reçu de vaccins. Ici, nous nous intéressons à l'immunité sérologique parmi ceux qui ont reçu le vaccin.

L'OMS recommande que les nouveau-nés reçoivent le vaccin contre la rougeole à 9 mois. Les enfants qui reçoivent cette vaccination prématurément avant cet âge courent un grand risque de ne pas développer l'immunité escomptée de la vaccination, car ils seraient encore porteurs des anticorps reçus de la mère.

Tableau 14.6 Immunité sérologique contre le tétanos et la rougeole et vaccination selon le carnet chez les enfants

Pourcentage d'enfants de 12-59 mois immunisés contre le tétanos selon le test sanguin parmi ceux qui ont reçu les 3 injections contre le tétanos (DTCoq3) avant l'âge de 12 mois selon le carnet de vaccination et, pourcentage immunisé contre la rougeole parmi ceux qui ont reçu le vaccin contre la rougeole avant l'âge de 12 mois selon le carnet de vaccination, par certaines caractéristiques socio démographiques, EDSMD-III Madagascar 2003-2004

	Enfants de 12-59 mois qui ont reçu les 3 injections contre le tétanos (DTCoq3) avant l'âge de 12 mois selon le carnet de vaccination		Enfants de 12-59 mois qui ont reçu le vaccin contre la rougeole avant l'âge de 12 mois selon le carnet de vaccination	
Caractéristique	Pourcentage immunisé contre le tétanos selon le test sérologique	Effectif	Pourcentage immunisé contre la rougeole selon le test sérologique	Effectif
Âge à la naissance				
<20	97,9	59	(89,1)	44
20-34	92,7	310	91,0	219
35-49	90,3	54	(94,7)	37
Milieu de résidence				
Capitale	*	17	*	10
Autres villes	98,3	85	86,7	58
Ensemble urbain	97,0	102	88,0	69
Rural	91,9	321	92,1	231
Province				
Antananarivo	91,9	215	95,8	155
Fianarantsoa	97,0	90	84,8	62
Toamasina	86,8	63	(87,7)	37
Mahajanga	(100,0)	20	*	18
Toliara	(97,4)	21	*	13
Antsiranana	*	14	*	15
Niveau d'instruction				
Aucun	81,1	28	*	15
Primaire/Alphabé.	93,0	238	88,0	166
Secondaire ou plus	95,5	158	95,7	118
Niveau de bien-être				
Le plus pauvre	97,1	50	(94,5)	27
Second	95,0	57	(74,3)	33
Moyen	92,4	107	90,9	83
Quatrième	88,1	98	93,7	71
Le plus riche	95,5	111	95,0	85
Ensemble	93,1	423	91,2	299

( ) Basé sur un faible nombre de cas non pondérés.
* Basé sur trop peu de cas non pondérés.

Pratiquement neuf enfants sur dix (91 %) qui ont reçu le vaccin contre la rougeole avant l'âge de 12 mois sont immunisés. Un enfant sur dix (9 %) ayant reçu le vaccin contre la rougeole selon le carnet n'est pas complètement immunisé contre cette infection selon le résultat du test. Le pourcentage varie selon les caractéristiques socio-démographiques de la même façon que ce qui a été observé dans le cas du tétanos. À la seule exception que c'est dans la province d'Antananarivo (96 %) que les enfants ayant reçu la vaccination de la rougeole sont les plus immunisés.

Les résultats des tests de l'immunité sérologique contre le tétanos chez les femmes montrent que la couverture vaccinale des femmes contre le tétanos d'après les déclarations portant sur les dix dernières années (58 %) est beaucoup plus proche de la prévalence immunitaire selon les résultats du test sanguin (61 %) que la couverture vaccinale d'après les déclarations des femmes concernant les vaccins reçus au cours de la dernière grossesse des cinq dernières années évaluée à 40 %.

En ce qui concerne la rougeole, on constate qu'environ 10 % des enfants qui ont reçu le vaccin avant l'âge de 12 mois ne sont pas immunisés d'après les résultats du test sanguin. Cette absence de protection pourrait s'expliquer par le fait que l'enfant a reçu le vaccin, trop tôt, avant l'âge de neuf mois ou par le fait que le vaccin a failli à cause de problèmes techniques ou encore par une combinaison des deux problèmes. Une analyse beaucoup plus détaillée pourrait certainement contribuer à clarifier ces aspects. Toutefois, la tenue des carnets de vaccination peut également présenter quelques problèmes de fiabilité.

RÉFÉRENCES

Akhe, J. 1992. Alimentation infantile : bases physiologiques. *Bulletin OMS* Vol 67.

Behets, F., A. Ranaivo, J. Andriamiadana, B. Andriamahefazafy, A. Ramamonjisoa, M. Cohen., A. Rasamindrakotroka. 1997. High treponemal seroprevalence among adult hospitalized patients in Tulear Madagascar, Venereology. *The International Journal of Sexual Health* 10(2).

Centers for Disease Control (CDC). 1989. CDC criteria for anemia in children and child-bearing aged women. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 38(22) : 400-404.

Centre National de Recherches sur l'Environnement (CNRE) et Macro International Inc. 1994. *Enquête Nationale Démographique et Sanitaire*. Calverton, Maryland USA.

Cohen, R.J., K.H. Brown, J. Canahuait, L.L. Rivera, et K.G. Dewey. 1994. Effect of age of introduction of complementary food on infant breastmilk intake, total energy intake, and growth: a randomized intervention study in Honduras. *Lancet* 334 (8918) : 288-293.

Curtis, S. 1995. *Assessment of the quality of data used for the direct estimation of infant and child mortality in DHS-II surveys.* Occasional Papers No. 3. Calverton, Maryland : Macro International Inc.

Delpeuch, F. 1991. Indices et indicateurs anthropométriques : choix, interprétation, présentation et utilisation. In *Atelier sur la Surveillance Nutritionnelle en Afrique de l'Ouest. Méthodologie des enquêtes nutritionnelles*. Document de travail. Dakar, Sénégal : ORANA, ORSTOM et OMS.

Direction Générale de lutte contre le sida (DGLS), Ministère de la Santé et du Planning Familial. 2003. *Enquête de séroprévalence de l'infection à VIH chez les femmes enceintes vues en CPN*. Antananarivo, Madagascar : DGLS.

Gendreau, F. 1993. *La population de l'Afrique. Manuel de démographie*. Paris, France : Karthala.

Gouvernement Malgache. 2003. *Document stratégique pour la réduction de la pauvreté*. Antananarivo, Madagascar.

Graham, W., W. Brass, et R.W. Snow. 1989. Estimating maternal mortality: The sisterhood method. *Studies in Family Planning* 20(3) : 125-135.

Gwatkin, D.R., S. Rutstein, K. Johnson, R.P. Pande, et A. Wagstaff. 2000. *Socio-economic differences in health, nutrition and poverty*. HNP/Poverty Thematic Group of the World Bank. Washington, D.C .: The World Bank.

Habicht, J.P., R. Martorell, C. Yarbrough, R.M. Malina, et R.E. Klein. 1974. Height and weight standards for preschool children. How relevant are ethnic differences in growth potential. *Lancet* 1(7858) : 611-614.

Haggerty, P., E.G. Barcalay, A. Dustagheer, A. Randrianirina, S. Rakotonirina, et B. Razafiarisoa. 1999. *Nutrition et santé des jeunes enfants et de leur mère à Madagascar*. Nutrition en Afrique. Calverton, Maryland : Macro International Inc.

Huffman, S.L. et C. Combest. 1990. Role of breastfeeding in the prevention and treatment of diarrhea. *Journal of Diarrheal Disease Research* 8(3) : 68-81.

Institut National de la Statistique (INSTAT). 2004. *Rapport sur le suivi des OMD à Madagascar*. Antananarivo, Madagascar.

Institut National de la Statistique/Direction de la Démographie et des Statistiques Sociales (INSTAT/DDSS). 1993. *Recensement Général de la Population et de l'Habitat-Rapport d'analyse*. Antananarivo, Madagascar.

Institut National de la Statistique/Direction de la Démographie et des Statistiques Sociales (INSTAT/DDSS) et Macro International Inc. 1998. *Enquête Démographique et de Santé.* Calverton, Maryland, USA : Macro International Inc.

Institut National de la Statistique/Direction de la Démographie et des Statistiques Sociales (INSTAT/DDSS). 2004. *Projections de la population*. Antananarivo, Madagascar.

Kristiansen, M., H. Aggerbeck, I. Heron. 1997. Improved ELISA for determination of anti-diphtheria and/or anti-tetanus antitoxin antibodies in sera. *APMIS* 105(11) : 843-53.

Megill, D.J. 1996. *Preliminary recommendations on designing the master sample for the Madagascar Household Survey Program*. U.S. Bureau of Census. Publication interne.

Ministère de la Santé et du Planning Familial/Direction Générale de Lutte contre le Sida. 2003. *Enquête de séroprévalence de l'infection à VIH chez les femmes enceintes vues en consultation prénatale*.

Ministère de la Santé/Laboratoire National de Référence (MINSAN/LNR). 2000. *Résultats de la sérosurveillance chez les patients IST selon la méthode LQAS*.

Ministère de la Santé/Laboratoire National de Référence (MINSAN/LNR). Programme National de Lutte contre les MST et le Sida (PNLS). 1995. *Les sida à Madagascar : épidémiologie, impact socio-économique, interventions.*

Ministère de la Santé (MINSAN), USAID, UNICEF et GAIN, 1998. *Lutte contre les carences en micronutriments – Protocole*.

Nations Unies. 1982. *Model life tables for developing countries*. New York : Nations Unies.

OMS. 1969. Anti-tetanus serum, equine, Lyophilized. 1400 IU/ampoule, 2nd International Standard for Tetanus Antitoxin, NIBSC-TE, No. 444, 22nd Report.

OMS/UNICEF, 1990. Meeting on breastfeeding in the 1990s : A global initiative. Innocenti Declaration on the Protection, Promotion and Support of Breastfeeding. Florence, Italie, 1er Août. 1990. New York : UNICEF.

Refeno, G.V. Rabeza, G. Mboup, et J. Schoemaker. 1994. *Enquête Nationale Démographique et Sanitaire 1992 [Madagascar]*. Calverton, Maryland, USA : Centre Nationale de recherches sur l'Environment et Macro International Inc.

Rutenberg, N., T. Boerma, J. Sullivan, et T. Croft. 1990. Direct and indirect estimates of maternal mortality with data on survivorship of sisters : Results from the Bolivia DHS. Paper presented at the Annual Meeting of the Population Association of America. Toronto, Ontario.

Sullivan, J., G. Bicego et S. Rustein. 1990. Assessment of the quality of data used for the direct estimation of infant and child mortality in Demographic and Health Surveys. In *An assessment of DHS-I data quality*, 113-137. DHS Methodological Reports N° 1, Columbia, Maryland : Institute for Resource Development/ Macro Systems, Inc.

Trussel, J. et G. Rodriguez. 1990. A note on the sisterhood estimate of maternal mortality. *Studies in Family Planning* 21(6) : 344-346.

UNICEF-INSTAT/DDSS. 2000. *Enquête par grappes à indicateurs multiples-MICS*. Antananarivo, Madagascar.

World Federation of Public Health Association (WFPHA). 1983. *Maternal nutrition : Information for action-resource guide*. Préparé pour UNICEF.

PLAN DE SONDAGE



A.1 INTRODUCTION

La troisième Enquête Démographique et de Santé de Madagascar (EDSMD-III) fait suite à celles réalisées en 1992 et 1997. Elle vise un échantillon national d'environ 9 000 femmes âgées de 15 à 49 ans et de 3 000 hommes âgés de 15 à 59 ans. Comme les deux premières enquêtes, elle a pour principal objectif de recueillir des informations sur la fécondité, la connaissance et l'utilisation des méthodes contraceptives, la mortalité maternelle et infanto juvénile, et les infections sexuellement transmissibles et le sida. Les résultats de l'enquête seront présentés au niveau national, au niveau des milieux de résidence (urbain, rural, la capitale) et pour chacune des six provinces.

A.2 BASE DE SONDAGE

Le dernier recensement général de la population et de l'habitat de Madagascar date de 1993. Cependant, en 1996 la Direction de la Démographie et des Statistiques Sociales (DDSS) de l'INSTAT a constitué un échantillon maître (Megill, 1996) sur la base de ce recensement. L'échantillon maître est un échantillon aréolaire, stratifié et tiré à 2 degrés. L'unité primaire de sondage (UPS) correspond soit à la zone de dénombrement telle que définie au recensement de 1993, soit à un groupe de zones de dénombrement. En total, il y a 760 UPS qui ont été tirées avec une probabilité proportionnelle à leur nombre de ménages recensés en 1993. Quatre domaines d'étude ont été identifiés: la capitale, les grands centres urbains (AGCU), les centres urbains secondaires (CUS) et le milieu rural. Contrairement aux précédentes EDS de 1992 et 1997, le nouveau découpage du milieu urbain en AGCU et CUS dans la base de sondage de l'EDSMD-III permet de réaliser un échantillonnage beaucoup plus raffiné. Dans tous les domaines, les UPS ont été également classées selon les provinces et par ordre géographique. Tableau A.1.1 montre la répartition des 760 UPS selon les domaines d'étude et les provinces. Cet échantillon maître a servi comme base de sondage pour l'EDSMD-III.

Tableau A.1.1 Répartition des UPS de l'échantillon maître selon les domaine

Région	Capitale	AGCU	CUS	Rural	Total
Antananarivo	84	16	28	104	232
Fianarantsoa		12	36	88	136
Toamasina		16	36	72	124
Mahajanga		16	20	48	84
Toliara		8	40	68	116
Antsiranana		12	16	40	68
Madagascar	84	80	176	420	760

A.3 ÉCHANTILLONNAGE

L'échantillon de l'EDSMD-III est un échantillon aréolaire, stratifié et tiré à 2 degrés. L'unité primaire de sondage est l'UPS telle que définie dans l'échantillon maître 1996. Chaque province a été divisée en AGCU, CUS et rurale pour former les strates d'échantillonnage. Pour la province

d'Antananarivo, la classification en strate a été faite selon la Capitale et les AGCU seulement. L'échantillon a été tiré indépendamment dans chaque strate. Au premier degré, 303 UPS ont été tirées avec un tirage systématique à probabilité égale indépendamment dans chaque strate, avec une répartition de taille de l'échantillon donnée dans le tableau A.1.2. Au total, 193 UPS ont été tirées dans le milieu urbain et 110 dans le milieu rural. Un dénombrement des ménages dans chaque UPS sélectionnée a permis d'obtenir une liste de ménages qui a servi à sélectionner des ménages au deuxième degré. Avant le dénombrement des ménages, chaque grande UPS a été divisée en segments dont une seule est retenue dans l'échantillon. Cette dernière étape n'est pas considérée comme un degré de tirage, car la segmentation a pour seul but de limiter le travail de dénombrement à l'intérieur de l'UPS. Au second degré, dans chacune des UPS sélectionnées au premier degré, 30 ménages ont été sélectionnés dans une UPS urbaine et 33 ménages dans une UPS rurale avec un tirage systématique de probabilité égale, à partir des listes nouvellement établies au moment du dénombrement. Au total, 9 420 ménages ont été sélectionnés pour l'enquête auprès des femmes, dont 5 790 ménages dans le milieu urbain et 3 630 dans le milieu rural comme le montre dans le tableau A.1.2 ci-dessous. Nous observons une surreprésentation du milieu urbain dans cet échantillon en terme de nombre d'UPS sélectionnées. Cette surreprésentation du milieu urbain avait pour seul objectif d'assurer un nombre suffisant de femmes dans chaque domaine d'étude, en particulier dans les AGCU et les CUS au niveau du milieu urbain pour que les indicateurs estimés dans chaque domaine soient de bonne précision.

Tous les membres des ménages tirés sont enregistrés dans le questionnaire du ménage. Chaque femme âgée de 15 à 49 ans que l'on a identifiée dans le ménage, est également enquêtée avec un questionnaire femme. Parmi les ménages sélectionnés pour l'enquête auprès des femmes, un ménage sur trois est retenu pour une enquête auprès des hommes. Dans ces ménages, tous les hommes âgés de 15 à 59 ans sont interrogés.

Tableau A.1.2 Répartition finale de l'échantillon de grappes et de ménages

	Nombre de grappes					Nombre de ménages				
Province	Capitale	AGCU	CUS	Rural	Total	Capitale	AGCU	CUS	Rural	Total
Antananarivo	54	11	16	21	102	1 620	330	480	693	3 123
Fianarantsoa		10	15	20	45		300	450	660	1 410
Toamasina		10	14	19	43		300	420	627	1 347
Mahajanga		9	13	17	39		270	390	561	1 221
Toliara		8	14	18	40		240	420	594	1 254
Antsiranana		8	11	15	34		240	330	495	1 065
Madagascar	54	56	83	110	303	1 620	1 680	2 490	3 630	9 420

A.4 PROBABILITÉS DE SONDAGE

Les probabilités de sondage ont été calculées pour chaque degré de tirage et dans chaque strate. Pour chaque strate *h*, les notations sont les suivantes :

P_i : probabilité d'inclusion de la $i^{ème}$ UPS dans l'échantillon maître
P_{1hi} : probabilité de sondage au premier degré de la $i^{ème}$ UPS de la strate *h*
P_{2hi} : probabilité de sondage au deuxième degré de la $i^{ème}$ UPS de la strate *h*

Soient a_h le nombre de UPS tirées dans la strate *h*, A_h le nombre total de UPS dans la strate, et t_{ihj} la taille estimée en proportion du segment *j* choisi pour la $i^{ème}$ UPS de la strate *h*. On notera que $t_{ihj} = 1$ si l'UPS n'a pas été segmentée et la somme des t_{ihj} est égale à 1 pour chaque UPS.

Au premier degré, la probabilité d'inclusion de cette UPS dans l'échantillon est donnée par:

$$P_{1hi} = P_i \times \frac{a_h}{A_h} \times t_{ihj}$$

Au deuxième degré, un nombre b_h de ménages seront tirés à partir des L_{hi} ménages nouvellement dénombrés dans la $i^{ème}$ UPS de la strate h lors de l'opération de dénombrement. Donc :

$$P_{2hii} = \frac{b_h}{L_{hi}}$$

où b_h = 30 pour l'ensemble du milieu urbain et b_h = 33 pour le milieu rural.

Pour assurer la représentativité de l'échantillon au niveau national, l'utilisation de coefficients de pondération est nécessaire. La composante principale du coefficient de pondération est l'inverse du produit des probabilités de sondage aux 2 degrés. Elle est calculée pour chaque grappe selon la formule suivante:

$$W_{hi} = \frac{1}{P_{1hi} \times P_{2hi}} = \frac{A_h \times L_{hi}}{P_i \times a_h \times t_{ihj} \times b_h}$$

Ainsi, tous les ménages d'une même grappe seront affectés d'un même coefficient de pondération. Ce coefficient de pondération sera ajusté pour récompenser les non-réponses au niveau de ménages et au niveau d'individus, par la strate d'échantillonnage.

A.5 RÉSULTAT DES ENQUÊTES

Les tableaux A.2 et A.3 donnent les résultats détaillés des enquêtes ménages, femmes et hommes selon le milieu de résidence. A la suite du classement des ménages selon les différents codes résultats, le taux de réponse pour l'enquête ménage est calculé de la façon suivante :

$$\frac{(1)}{(1)+(2)+(3)+(4)}$$

De la même manière, le taux de réponse des femmes et celui des hommes sont calculés de la manière suivante :

$$\frac{a}{a+b+c+d+e+f+g}$$

Le taux de réponse global des femmes est le produit du taux de réponse des enquêtes ménage et du taux de réponse des femmes. Le taux de réponse global des hommes est le produit du taux de réponse des ménages sélectionnés pour l'enquête homme de du taux de réponse des hommes.

Tableau A.2 Résultats de l'enquête : femmes

Répartition (en %) des ménages et des femmes éligibles dans l'échantillon de l'EDS par résultat de l'enquête et des ménages, des femmes éligibles et taux de réponse global, selon le domaine d'étude et le milieu de résidence, EDSMD-III Madagascar 2003-2004

	Milieu de résidence		Province						
Resultat	Urbain	Rural	Antananarivo	Fianarantsoa	Toamasina	Mahajanga	Toliara	Antsiranana	Total
Ménages sélectionnés									
Remplis	91,0	90,0	93,8	90,1	91,3	82,8	89,8	90,1	90,6
Ménage présent mais pas d'enquêté disponible	0,5	0,7	0,4	1,1	0,1	0,9	1,1	0,3	0,6
Différé	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0
Refusé	1,0	0,4	1,1	0,7	0,4	0,8	0,7	0,2	0,7
Logement non trouvé	0,3	0,3	0,1	0,1	0,3	1,1	0,5	0,2	0,3
Ménage absent	2,9	3,9	1,7	1,6	4,8	6,1	4,6	3,5	3,3
Logement vacant/pas de logement	3,7	4,1	2,4	5,8	2,4	6,9	2,5	5,5	3,8
Logement détruit	0,7	0,7	0,6	0,6	0,7	1,4	0,7	0,2	0,7
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif de ménages de l'échantillon	5 760	3 535	3 123	1 395	1 347	1 144	1 221	1 065	9 295
Taux de réponse des ménages	98,1	98,5	98,4	98,0	99,2	96,7	97,5	99,3	98,2
Femmes éligibles									
Remplis	94,9	96,3	95,8	94,5	98,4	93,7	94,0	94,1	95,3
Pas à la maison	2,6	2,2	1,9	4,1	0,5	3,8	3,6	2,1	2,5
Différé	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
Refusé	1,5	0,5	1,4	0,5	0,3	1,6	1,2	1,8	1,1
Partiellement rempli	0,2	0,1	0,2	0,0	0,0	0,1	0,0	0,7	0,1
Incapacité	0,9	0,9	0,8	1,0	0,7	0,8	1,1	1,2	0,9
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif de femmes	5 456	2 881	3 095	1 330	1 171	853	1 069	819	8 337
Taux de réponse des femmes éligibles	94,9	96,3	95,8	94,5	98,4	93,7	94,0	94,1	95,3
Taux de réponse global/femmes	93,1	94,8	94,3	92,6	97,6	90,6	91,7	93,5	93,7

Tableau A.3 Résultats de l'enquête : hommes

Répartition (en %) des ménages et des hommes éligibles dans l'échantillon de l'EDSM-III par résultat de l'enquête et des ménages, des hommes éligibles et taux de réponse global, selon le domaine d'étude et le milieu de résidence, EDSMD-III Madagascar 2003-2004

	Milieu de résidence		Province						
Resultat	Urbain	Rural	Antananarivo	Fianarantsoa	Toamasina	Mahajanga	Toliara	Antsiranana	Total
Ménages sélectionnés									
Remplis	89,7	90,1	92,5	91,4	91,8	80,8	88,7	88,5	89,8
Ménage présent mais pas d'enquêté disponible	0,5	0,9	0,1	1,3	0,2	0,8	2,2	0,3	0,7
Différé	1,4	0,2	1,7	0,6	0,4	0,8	0,5	0,0	0,9
Refusé	0,4	0,6	0,2	0,2	0,0	2,4	0,5	0,3	0,5
Logement non trouvé	3,6	3,6	1,8	1,1	4,2	7,3	5,6	5,1	3,6
Ménage absent	3,5	4,1	2,7	5,2	2,9	6,3	1,7	5,6	3,7
Logement vacant/pas de logement	0,9	0,4	1,0	0,2	0,4	1,6	0,7	0,3	0,7
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif de ménages de l'échantillon	1 921	1 181	1 042	465	451	381	408	355	3 102
Taux de réponse des ménages	97,5	98,2	97,9	97,7	99,3	95,4	96,5	99,4	97,8
Hommes éligibles									
Remplis(a)	89,4	92,6	92,5	87,9	94,5	89,3	84,7	90,1	90,6
Pas à la maison	7,6	5,5	5,2	8,7	2,9	9,3	12,4	6,1	6,8
Refusé	2,0	0,5	1,3	1,5	1,4	0,3	2,9	1,1	1,5
Partiellement rempli	0,1	0,1	0,2	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1
Incapacité	0,9	1,4	0,8	1,5	1,2	1,0	0,0	2,7	1,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif d'hommes	1 676	1 009	986	389	419	289	339	263	2 685
Taux de réponse des hommes éligibles	89,4	92,6	92,5	87,9	94,5	89,3	84,7	90,1	90,6
Taux de réponse global/hommes	87,2	90,9	90,5	85,9	93,8	85,1	81,7	89,5	88,5

ERREURS DE SONDAGE



Les estimations obtenues à partir d'une enquête par sondage sont sujettes à deux types d'erreurs: les erreurs de mesure et les erreurs de sondage. Les erreurs de mesure sont celles associées à la mise en oeuvre de la collecte et de l'exploitation des données telles que l'omission de ménages sélectionnés, la mauvaise interprétation des questions de la part de l'enquêtrice ou de l'enquêtée, ou les erreurs de saisie des données. Bien que tout le possible ait été fait pour minimiser ce type d'erreur pendant la mise en oeuvre de l'EDMD-III, il est difficile d'éviter et d'évaluer toutes les erreurs de mesure.

Par contre, les erreurs de sondage peuvent être évaluées statistiquement. L'échantillon sélectionné pour l'EDSMD-III n'est qu'un parmi un grand nombre d'échantillons de même taille qui peuvent être sélectionnés dans la même population avec le même plan de sondage. Chacun de ces échantillons peut produire des résultats peu différents de ceux obtenus avec l'échantillon actuellement choisi. L'erreur de sondage est une mesure de cette variabilité entre tous les échantillons possibles. Bien que cette variabilité ne peut pas être mesurée exactement, mais elle peut être estimée à partir des données collectées.

L'*erreur-type (ET)* est un indice particulièrement utile pour mesurer l'erreur de sondage d'un paramètre (moyenne, proportion ou taux), elle est la racine carrée de la variance du paramètre. L'erreur-type peut être utilisée pour calculer des intervalles de confiance dans lesquels nous considérons se trouver la vraie valeur du paramètre avec un certain niveau de confiance. Par exemple, la vraie valeur d'un paramètre se trouve dans les limites de sa valeur estimée plus ou moins deux fois de son erreur-type, avec un niveau de confiance de 95 %.

Si l'échantillon avait été tiré d'après un plan de sondage aléatoire simple, il aurait été possible d'utiliser des formules simples pour calculer les erreurs de sondage. Cependant, l'échantillon de l'EDSMD-III étant un échantillon stratifié et tiré à deux degrés, des formules plus complexes ont été utilisées. Le module « erreurs de sondage » du logiciel ISSA a été utilisé pour calculer les erreurs de sondage suivant la méthodologie statistique appropriée. Ce module utilise la méthode de linéarisation (Taylor) pour des estimations telles que les moyennes ou proportions, et la méthode de Jackknife pour des estimations plus complexes tels que l'indice synthétique de fécondité et les quotients de mortalité.

La méthode de linéarisation traite chaque proportion ou moyenne comme étant une estimation de ratio, $r = y/x$, avec y la valeur du paramètre pour l'échantillon total, et x le nombre total de cas dans l'ensemble (ou sous-ensemble) de l'échantillon. La variance de r est estimée par :

$$SE^2(r) = var(r) = \frac{1-f}{x^2} \sum_{h=1}^{H} \left[\frac{m_h}{m_{h-1}} \left(\sum_{i=1}^{m_h} z_{hi}^2 - \frac{z_h^2}{m_h} \right) \right]$$

dans laquelle

$$z_{hi} = y_{hi} - rx_{hi} \text{ , et } \; z_h = y_h - rx_h$$

où h représente la strate qui va de 1 à H,
m_h est le nombre total de grappes tirées dans la strate h,
y_{hi} est la somme des valeurs pondérées du paramètre y dans la grappe i de la strate h,

x_{hi} est la somme des nombres pondérés de cas dans la grappe *i* de la strate *h*, et
f est le taux global de sondage qui est négligeable.

La méthode de Jackknife dérive les estimations des taux complexes à partir de chacun des sous-échantillons de l'échantillon principal, et calcule les variances de ces estimations avec des formules simples. Chaque sous-échantillon exclut *une* grappe dans les calculs des estimations. Ainsi, des sous-échantillons pseudo-indépendants ont été créés. Dans l'EDSMD-III, parmi les 303 grappes sélectionnées, il y a 300 grappes enquêtées. Par conséquent, 300 sous-échantillons ont été créés. La variance d'un taux *r* est calculée de la façon suivante :

$$SE^2(r) = var(r) = \frac{1}{k(k-1)} \sum_{i=1}^{k} (r_i - r)^2$$

dans laquelle

$$r_i = kr - (k-1)r_{(i)}$$

où r est l'estimation calculée à partir de l'échantillon principal de 300 grappes,
$r_{(i)}$ est l'estimation calculée à partir de l'échantillon réduit de 299 grappes ($i^{\text{ème}}$ grappe exclue),
k est le nombre total de grappes.

Il existe un deuxième indice très utile qui est la racine carrée de l'effet du plan de sondage (REPS) ou effet de grappe : c'est le rapport de l'erreur-type observée sur l'erreur-type qu'on aurait obtenue si un sondage aléatoire simple avait été utilisé. Cet indice révèle dans quelle mesure le plan de sondage qui a été choisi se rapproche d'un échantillon aléatoire simple de même taille : la valeur 1 de la REPS indique que le plan de sondage est aussi efficace qu'un échantillon aléatoire simple, alors qu'une valeur supérieure à 1 indique un accroissement de l'erreur de sondage dû à un plan de sondage plus complexe et moins efficace au point de vue statistique. Le logiciel calcule aussi l'erreur relative et l'intervalle de confiance pour chaque estimation.

Les erreurs de sondage pour l'EDSMD-III ont été calculées pour certaines des variables les plus intéressantes. Les résultats sont présentés dans cette annexe pour l'ensemble du pays, le milieu urbain, le milieu rural, la capitale et les six provinces administratives. Pour chaque variable, le type de statistique (moyenne, proportion ou taux) et la population de base sont présentés dans le tableau B.1. Les tableaux B.2 à B.11 présentent la valeur de la statistique (M), l'erreur-type (ET), le nombre de cas non-pondérés (N) et pondérés (N'), la racine carrée de l'effet du plan de sondage (REPS), l'erreur relative (ET/M), et l'intervalle de confiance à 95 % (M±2ET) pour chaque variable. L'effet du plan de sondage (REPS) est non-défini quand l'écart type sous l'échantillon aléatoire simple est zéro (quand l'estimation est proche de 0 ou 1). Dans le cas de l'indice synthétique de fécondité, le nombre de cas non-pondérés n'est pas pertinent, car la valeur non-pondérée de femmes-années d'exposition au risque de grossesse n'est pas connue.

L'intervalle de confiance est interprété de la manière suivante : pour la variable *Enfants nés vivants*, l'EDSMD-III a donné un nombre moyen d'enfants nés vivants de 2,551 pour l'ensemble des femmes, auquel correspond une erreur-type de 0,052 enfants. Dans 95 % des échantillons de taille et caractéristique identiques, la valeur réelle du nombre moyen d'enfants nés vivants des femmes âgées de 15 à 49 ans se trouve entre 2,551 - 2×0,052 et 2,551 + 2×0,052, soit 2,448 et 2,654.

Les erreurs de sondage ont été analysées pour l'échantillon national de femmes et pour deux groupes d'estimations : (1) moyennes et proportions, et (2) taux démographiques. Les erreurs relatives (ET/M) des moyennes et proportions se situent entre 1,9 % et 16,4 % avec une moyenne de 6,3 %. Les

erreurs relatives les plus élevées sont généralement celles des estimations de très faible valeur (par exemple, parmi les femmes actuellement en union qui *Utilise actuellement la stérilisation féminine*). Si on enlève les estimations de très faible valeur (moins de 10 %), la moyenne tombe à 5,0 %. Ainsi, en général, les erreurs relatives de la plupart des estimations pour l'ensemble du pays sont faibles, sauf dans le cas de très faibles proportions. L'erreur relative de l'indice de fécondité est assez faible 3,7 %. Cependant, pour les taux de mortalité, l'erreur relative moyenne est plus élevée 12,52 %.

Il existe des différences entre les erreurs relatives au niveau des sous-échantillons. Par exemple, pour la variable *Enfants nés vivants des femmes âgées de 40 à 49 ans*, l'erreur relative pour l'échantillon de femmes est respectivement de 2,8 %, 2,5 % et 3,6 % pour l'ensemble du pays, le milieu urbain et le milieu rural.

Pour l'échantillon national de femmes, la moyenne de la racine carrée de l'effet du plan de sondage (REPS) calculée pour l'ensemble des estimations est de 2,27 ce qui veut dire que, par rapport à un échantillon aléatoire simple, l'erreur de sondage est multipliée en moyenne par un facteur de 2,27 parce qu'on utilise un plan de sondage complexe (par grappes et à plusieurs degrés) et moins efficace.

Tableau B.1 Variables utilisées pour le calcul des erreurs de sondage, EDSMD-III Madagascar 2003-2004

Variable	Estimation	Population de base
	FEMMES	
Milieu urbain	Proportion	Toutes les femmes 15-49
Alphabétisée	Proportion	Toutes les femmes 15-49
Sans instruction	Proportion	Toutes les femmes 15-49
Instruction post-primaire ou plus	Proportion	Toutes les femmes 15-49
Taux net de fréquence scolaire (primaire)	Proportion	Tous les enfants 6-10
Jamais mariée (en union)	Proportion	Toutes les femmes 15-49
Actuellement mariée (en union)	Proportion	Toutes les femmes 15-49
Mariée (en union) avant 20 ans	Proportion	Femmes 20-49
Enfants nés vivants	Moyenne	Toutes les femmes 15-49
Enfants survivants	Moyenne	Toutes les femmes 15-49
Enfants nés vivants des femmes 40-49	Moyenne	Femmes 40-49
Connaît une méthode contraceptive	Proportion	Femmes actuellement mariées (en union) 15-49
A utilisé une méthode	Proportion	Femmes actuellement mariées (en union) 15-49
Utilise actuellement une méthode	Proportion	Femmes actuellement mariées (en union) 15-49
Utilise actuellement la pilule	Proportion	Femmes actuellement mariées (en union) 15-49
Utilise actuellement le condom	Proportion	Femmes actuellement mariées (en union) 15-49
Utilise actuellement les injection	Proportion	Femmes actuellement mariées (en union) 15-49
Utilise actuellement la stérilisation féminine	Proportion	Femmes actuellement mariées (en union) 15-49
Utilise actuellement la continence périodique	Proportion	Femmes actuellement mariées (en union) 15-49
Utilise source publique	Proportion	Utilisatrices de méthodes modernes
Ne veut plus d'enfants	Proportion	Femmes actuellement mariées (en union) 15-49
Veut retarder d'au moins 2 ans	Proportion	Femmes actuellement mariées (en union) 15-49
Nombre d'enfants idéal	Moyenne	Toutes les femmes 15-49
Mères reçues injection antitétanique (dernière naissance)	Proportion	Naissances dans les 5 dernières années
Mères reçues assistance médicale à l'accouchement	Proportion	Naissances dans les 5 dernières années
Diarrhée dans les 2 dernières semaines	Proportion	Enfants de moins de 5 ans
A reçu traitement SRO	Proportion	Enfants avec diarrhée les 2 dernières semaines
A consulté du personnel médical	Proportion	Enfants avec diarrhée les 2 dernières semaines
Ayant un carnet de santé, vu	Proportion	Enfants âgés 12-23 mois
A reçu vaccination BCG	Proportion	Enfants âgés 12-23 mois
A reçu vaccination DTC (3 doses)	Proportion	Enfants âgés 12-23 mois
A reçu vaccination polio (3 doses)	Proportion	Enfants âgés 12-23 mois
A reçu vaccination rougeole	Proportion	Enfants âgés 12-23 mois
Vacciné contre toutes les maladies	Proportion	Enfants âgés 12-23 mois
Poids pour taille (-2ET)	Proportion	Enfants de moins de 3 ans
Taille pour âge (-2ET)	Proportion	Enfants de moins de 3 ans
Poids pour âge (-2ET)	Proportion	Enfants de moins de 3 ans
Anémie chez les enfants	Proportion	Enfants de 6-59 mois
Anémie chez les femmes	Proportion	Toutes les femmes 15-49
Indice de masse corporelle sous 18,5	Proportion	Toutes les femmes 15-49
Indice synthétique de fécondité (3 ans)	Taux	Femmes-années d'exposition au risque de grossesse
Quotient de mortalité néonatale	Taux	Nombre d'enfants exposés au décès
Quotient de mortalité infantile	Taux	Nombre d'enfants exposés au décès
Quotient de mortalité juvénile	Taux	Nombre d'enfants exposés au décès
Quotient de mortalité infanto-juvénile	Taux	Nombre d'enfants exposés au décès
Quotient de mortalité post-néonatale	Taux	Nombre d'enfants exposés au décès
Prévalence de syphilis (Abbott)	Taux	Toutes les femmes 15-49 testées
Prévalence de syphilis (RPR)	Taux	Toutes les femmes 15-49 testées
	HOMMES	
Milieu urbain	Proportion	Tous les hommes 15-59
Alphabétisé	Proportion	Tous les hommes 15-59
Sans instruction	Proportion	Tous les hommes 15-59
Instruction post-primaire ou plus	Proportion	Tous les hommes 15-59
Jamais marié (en union)	Proportion	Tous les hommes 15-59
Actuellement marié (en union)	Proportion	Tous les hommes 15-59
Connaît une méthode contraceptive	Proportion	Hommes actuellement mariés (en union) 15-59
A utilisé une méthode	Proportion	Hommes actuellement mariés (en union) 15-59
Utilise actuellement une méthode	Proportion	Hommes actuellement mariés (en union) 15-59
Utilise actuellement une méthode moderne	Proportion	Hommes actuellement mariés (en union) 15-59
Utilise actuellement les injections	Proportion	Hommes actuellement mariés (en union) 15-59
Utilise actuellement le condom	Proportion	Hommes actuellement mariés (en union) 15-59
Utilise la continence périodique	Proportion	Hommes actuellement mariés (en union) 15-59
Ne veut plus d'enfants	Proportion	Hommes actuellement mariés (en union) 15-59
Veut retarder d'au moins 2 ans	Proportion	Hommes actuellement mariés (en union) 15-59
Nombre d'enfants idéal	Moyenne	Tous les hommes 15-59
Prévalence de syphilis (Abbott)	Taux	Tous les hommes 15-59 testés
Prévalence de syphilis (RPR)	Taux	Tous les hommes 15-59 testés

Tableau B.2 Erreurs de sondage - Echantillon national, EDSMD-III Madagascar 2003-2004

Variable	Valeur (M)	Erreur type (ET)	Population de base: Non pondérée (N)	Population de base: Pondérée (N´)	Effet de grappe (REPS)	Erreur relative (ET/M)	Intervalle de confiance: M-2ET	Intervalle de confiance: M+2ET
FEMMES								
Milieu urbain	0,248	0,011	7949	7949	2,368	0,046	0,226	0,271
Alphabétisée	0,710	0,021	7949	7949	4,115	0,030	0,668	0,751
Sans instruction	0,219	0,018	7949	7949	3,799	0,080	0,184	0,254
Instruction post-primaire ou plus	0,308	0,022	7949	7949	4,184	0,070	0,265	0,352
Taux net de fréquence scolaire (primaire)	0,750	0,021	5895	6516	3,131	0,027	0,709	0,791
Jamais mariée (en union)	0,213	0,008	7949	7949	1,727	0,037	0,197	0,229
Actuellement mariée (en union)	0,647	0,012	7949	7949	2,248	0,019	0,622	0,671
Mariée avant l'âge de 20 ans	0,585	0,015	6439	6421	2,408	0,025	0,555	0,614
Enfants nés vivants	2,942	0,065	7949	7949	2,047	0,022	2,813	3,071
Enfants survivants	2,551	0,052	7949	7949	1,911	0,020	2,448	2,654
Enfants nés vivants des femmes 40-49	5,451	0,154	1555	1587	1,879	0,028	5,143	5,758
Connaît une méthode contraceptive	0,847	0,019	4940	5140	3,749	0,023	0,809	0,885
A utilisé une méthode	0,467	0,021	4940	5140	3,020	0,046	0,424	0,510
Utilise actuellement une méthode	0,271	0,016	4940	5140	2,606	0,061	0,238	0,304
Utilise actuellement la pilule	0,034	0,004	4940	5140	1,613	0,121	0,026	0,043
Utilise actuellement le condom	0,010	0,002	4940	5140	1,144	0,162	0,007	0,013
Utilise actuellement les injections	0,102	0,010	4940	5140	2,298	0,097	0,083	0,122
Utilise actuellement la stérilisation féminine	0,011	0,002	4940	5140	1,064	0,145	0,008	0,014
Utilise actuellement la continence périodique	0,082	0,009	4940	5140	2,301	0,110	0,064	0,100
Utilise une source du secteur publique	0,575	0,034	1288	1027	2,470	0,059	0,507	0,643
Ne veut plus d'enfants	0,412	0,014	4940	5140	2,015	0,034	0,384	0,441
Veut retarder d'au moins 2 ans	0,292	0,011	4940	5140	1,700	0,038	0,270	0,314
Nombre d'enfants idéal	4,771	0,104	7389	7225	3,578	0,022	4,562	4,980
Mères reçues injection antitétanique	0,524	0,020	3695	4162	2,532	0,037	0,485	0,564
Mères reçues assistance médicale à l'accouchement	0,513	0,025	5414	6283	3,276	0,049	0,463	0,564
Diarrhée dans les 2 dernières semaines	0,098	0,007	5087	5841	1,732	0,071	0,084	0,112
A reçu le traitement SRO	0,124	0,018	468	570	1,309	0,148	0,087	0,160
A consulté du personnel médical	0,320	0,040	468	570	1,981	0,126	0,239	0,400
Ayant un carnet de santé, vu	0,502	0,032	1063	1287	2,300	0,064	0,438	0,566
A reçu vaccination BCG	0,718	0,031	1063	1287	2,465	0,043	0,656	0,780
A reçu vaccination DTC (3 doses)	0,614	0,035	1063	1287	2,557	0,057	0,544	0,684
A reçu vaccination polio (3 doses)	0,632	0,035	1063	1287	2,572	0,055	0,563	0,701
A reçu vaccination rougeole	0,590	0,033	1063	1287	2,378	0,055	0,525	0,656
Vacciné contre toutes les maladies	0,529	0,032	1063	1287	2,322	0,061	0,464	0,594
Taille pour âge (-2ET)	0,448	0,015	2837	3154	1,656	0,033	0,418	0,477
Poids pour taille (-2ET)	0,142	0,011	2837	3154	1,707	0,076	0,121	0,164
Poids pour âge (-2ET)	0,395	0,013	2837	3154	1,513	0,034	0,368	0,421
Anémie chez les enfants	0,683	0,021	1590	1793	1,856	0,031	0,640	0,725
Anémie chez les femmes	0,460	0,020	2560	2612	2,076	0,044	0,419	0,500
Indice de masse corporelle sous 18,5	0,192	0,010	7000	6885	2,164	0,053	0,172	0,213
Indice synthétique de fécondité (3 ans)	5,174	0,190	na	23940	2,301	0,037	4,794	5,553
Quotient de mortalité néonatale (0-4 ans)	31,622	4,314	5450	6330	1,848	0,136	22,995	40,249
Quotient de mortalité post-néonatale (0-4 ans)	26,212	4,050	5456	6338	1,848	0,155	18,112	34,312
Quotient de mortalité infantile (0-4 ans)	57,834	7,273	5456	6338	2,253	0,126	43,288	72,379
Quotient de mortalité juvénile (0-4 ans)	38,320	4,338	5516	6411	1,648	0,113	29,643	46,996
Quotient de mortalité infanto-juvénile (0-4 ans)	93,937	9,021	5522	6418	2,247	0,096	75,896	111,979
Prévalence syphilis (Abbott)	0,064	0,007	2558	2487	1,522	0,115	0,050	0,079
Prévalence syphilis (RPR)	0,042	0,007	2548	2473	1,734	0,164	0,028	0,056
HOMMES								
Milieu urbain	0,238	0,013	2432	2432	1,484	0,054	0,213	0,264
Alphabétisé	0,752	0,020	2432	2432	2,292	0,027	0,712	0,792
Sans instruction	0,162	0,017	2432	2432	2,327	0,107	0,127	0,197
Instruction post-primaire ou plus	0,347	0,027	2432	2432	2,798	0,078	0,293	0,401
Jamais mariée (en union)	0,312	0,014	2432	2432	1,465	0,044	0,284	0,339
Actuellement mariée (en union)	0,628	0,016	2432	2432	1,590	0,025	0,597	0,659
Connaît une méthode contraceptive	0,851	0,019	1487	1527	2,042	0,022	0,814	0,889
A utilisé une méthode	0,477	0,028	1487	1527	2,184	0,059	0,421	0,534
Utilise actuellement une méthode	0,327	0,025	1487	1527	2,083	0,077	0,277	0,378
Utilise actuellement une méthode moderne	0,196	0,018	1487	1527	1,760	0,093	0,159	0,232
Utilise actuellement les injections	0,100	0,014	1487	1527	1,783	0,139	0,073	0,128
Utilise actuellement le condom	0,024	0,004	1487	1527	1,120	0,185	0,015	0,033
Utilise actuellement la continence périodique	0,127	0,015	1487	1527	1,706	0,116	0,098	0,157
Ne veut plus d'enfants	0,348	0,025	1487	1527	2,042	0,072	0,298	0,399
Veut retarder d'au moins 2 ans	0,270	0,019	1487	1527	1,667	0,071	0,231	0,308
Nombre d'enfants idéal	5,431	0,161	2294	2285	2,024	0,030	5,108	5,754
Prévalence syphilis (Abbott)	0,061	0,008	2325	2444	1,664	0,136	0,044	0,077
Prévalence syphilis (RPR)	0,035	0,006	2315	2423	1,695	0,186	0,022	0,048

na = Non applicable

Tableau B.3 Erreurs de sondage - Echantillon urbain, EDSMD-III Madagascar 2003-2004

Variable	Valeur (M)	Erreur type (ET)	Population de base: Non pondérée (N)	Population de base: Pondérée (N´)	Effet de grappe (REPS)	Erreur relative (ET/M)	Intervalle de confiance: M-2ET	Intervalle de confiance: M+2ET
FEMMES								
Milieu urbain	1,000	0,000	5176	1975	na	0,000	1,000	1,000
Alphabétisée	0,889	0,011	5176	1975	2,439	0,012	0,867	0,910
Sans instruction	0,081	0,008	5176	1975	2,128	0,100	0,064	0,097
Instruction post-primaire ou plus	0,569	0,017	5176	1975	2,491	0,030	0,535	0,603
Taux net de fréquence scolaire (primaire)	0,859	0,010	3269	1242	1,476	0,011	0,840	0,879
Jamais mariée (en union)	0,270	0,008	5176	1975	1,373	0,031	0,253	0,286
Actuellement mariée (en union)	0,591	0,009	5176	1975	1,311	0,015	0,573	0,609
Mariée avant l'âge de 20 ans	0,488	0,011	4175	1586	1,364	0,022	0,467	0,509
Enfants nés vivants	2,325	0,046	5176	1975	1,339	0,020	2,233	2,416
Enfants survivants	2,101	0,039	5176	1975	1,280	0,018	2,024	2,179
Enfants nés vivants des femmes 40-49	4,579	0,114	991	393	1,203	0,025	4,351	4,806
Connaît une méthode contraceptive	0,954	0,007	3055	1167	1,818	0,007	0,940	0,968
A utilisé une méthode	0,689	0,013	3055	1167	1,567	0,019	0,662	0,715
Utilise actuellement une méthode	0,409	0,012	3055	1167	1,400	0,030	0,384	0,434
Utilise actuellement la pilule	0,062	0,006	3055	1167	1,273	0,089	0,051	0,074
Utilise actuellement le condom	0,027	0,003	3055	1167	1,162	0,126	0,020	0,034
Utilise actuellement les injections	0,119	0,009	3055	1167	1,549	0,076	0,101	0,137
Utilise actuellement la stérilisation féminine	0,019	0,003	3055	1167	1,045	0,136	0,014	0,024
Utilise actuellement la continence périodique	0,133	0,009	3055	1167	1,396	0,064	0,116	0,151
Utilise une source du secteur publique	0,474	0,020	972	359	1,253	0,042	0,434	0,514
Ne veut plus d'enfants	0,438	0,010	3055	1167	1,152	0,024	0,417	0,459
Veut retarder d'au moins 2 ans	0,270	0,011	3055	1167	1,355	0,040	0,249	0,292
Nombre d'enfants idéal	3,879	0,066	4876	1861	2,398	0,017	3,747	4,012
Mères reçues injection antitétanique	0,617	0,016	2106	823	1,516	0,026	0,585	0,648
Mères reçues assistance médicale à l'accouchement	0,757	0,021	2950	1153	2,132	0,027	0,715	0,798
Diarrhée dans les 2 dernières semaines	0,086	0,007	2812	1100	1,390	0,085	0,072	0,101
A reçu le traitement SRO	0,226	0,035	231	95	1,308	0,156	0,156	0,297
A consulté du personnel médical	0,412	0,038	231	95	1,198	0,093	0,335	0,488
Ayant un carnet de santé, vu	0,551	0,028	564	226	1,343	0,050	0,495	0,606
A reçu vaccination BCG	0,870	0,020	564	226	1,438	0,023	0,829	0,910
A reçu vaccination DTC (3 doses)	0,800	0,022	564	226	1,318	0,028	0,756	0,844
A reçu vaccination polio (3 doses)	0,789	0,023	564	226	1,334	0,029	0,744	0,835
A reçu vaccination rougeole	0,739	0,028	564	226	1,498	0,037	0,683	0,794
Vacciné contre toutes les maladies	0,696	0,028	564	226	1,461	0,040	0,640	0,752
Taille pour âge (-2ET)	0,393	0,014	1566	598	1,122	0,034	0,366	0,421
Poids pour taille (-2ET)	0,134	0,011	1566	598	1,232	0,080	0,112	0,155
Poids pour âge (-2ET)	0,350	0,016	1566	598	1,295	0,044	0,319	0,382
Anémie chez les enfants	0,631	0,025	851	323	1,452	0,039	0,581	0,680
Anémie chez les femmes	0,365	0,019	1628	619	1,598	0,052	0,327	0,404
Indice de masse corporelle sous 18,5	0,150	0,008	4643	1770	1,525	0,053	0,134	0,166
Indice synthétique de fécondité (3 ans)	3,716	0,164	na	5711	1,894	0,044	3,387	4,045
Quotient de mortalité néonatale (10 ans)	22,057	2,114	5831	2264	1,048	0,096	17,828	26,285
Quotient de mortalité post-néonatale (10 ans)	20,792	2,403	5838	2266	1,208	0,116	15,986	25,597
Quotient de mortalité infantile (10 ans)	42,848	3,334	5838	2266	1,182	0,078	36,181	49,516
Quotient de mortalité juvénile (10 ans)	31,850	2,724	5869	2280	1,122	0,086	26,401	37,299
Quotient de mortalité infanto-juvénile (10 ans)	73,334	4,651	5876	2283	1,281	0,063	64,033	82,635
Prévalence syphilis (Abbott)	0,052	0,007	1626	597	1,329	0,141	0,037	0,067
Prévalence syphilis (RPR)	0,028	0,005	1621	594	1,154	0,168	0,019	0,038
HOMMES								
Milieu urbain	1,000	0,000	1498	579	na	0,000	1,000	1,000
Alphabétisé	0,898	0,014	1498	579	1,784	0,016	0,871	0,926
Sans instruction	0,056	0,012	1498	579	2,069	0,220	0,031	0,080
Instruction post-primaire ou plus	0,612	0,020	1498	579	1,621	0,033	0,571	0,653
Jamais mariée (en union)	0,357	0,015	1498	579	1,201	0,042	0,327	0,387
Actuellement mariée (en union)	0,598	0,016	1498	579	1,248	0,026	0,567	0,630
Connaît une méthode contraceptive	0,958	0,012	891	346	1,849	0,013	0,933	0,983
A utilisé une méthode	0,741	0,019	891	346	1,294	0,026	0,703	0,779
Utilise actuellement une méthode	0,478	0,018	891	346	1,070	0,037	0,442	0,514
Utilise actuellement une méthode moderne	0,282	0,019	891	346	1,243	0,066	0,245	0,320
Utilise actuellement les injections	0,105	0,013	891	346	1,233	0,121	0,079	0,130
Utilise actuellement le condom	0,059	0,008	891	346	0,967	0,130	0,043	0,074
Utilise actuellement la continence périodique	0,182	0,017	891	346	1,285	0,091	0,149	0,215
Ne veut plus d'enfants	0,414	0,020	891	346	1,195	0,048	0,375	0,454
Veut retarder d'au moins 2 ans	0,246	0,014	891	346	1,004	0,059	0,217	0,275
Nombre d'enfants idéal	4,352	0,176	1425	555	2,213	0,040	4,000	4,704
Prévalence syphilis (Abbott)	0,048	0,007	1413	563	1,281	0,152	0,033	0,062
Prévalence syphilis (RPR)	0,025	0,006	1411	561	1,485	0,245	0,013	0,038

na = Non applicable

Tableau B.4 Erreurs de sondage - Echantillon rural, EDSMD-III Madagascar 2003-2004

Variable	Valeur (M)	Erreur type (ET)	Population de base: Non pondérée (N)	Population de base: Pondérée (N´)	Effet de grappe (REPS)	Erreur relative (ET/M)	Intervalle de confiance: M-2ET	Intervalle de confiance: M+2ET
FEMMES								
Milieu urbain	0,000	0,000	2773	5974	na	na	0,000	0,000
Alphabétisée	0,650	0,028	2773	5974	3,112	0,043	0,594	0,707
Sans instruction	0,265	0,024	2773	5974	2,816	0,089	0,218	0,312
Instruction post-primaire ou plus	0,222	0,029	2773	5974	3,643	0,129	0,165	0,280
Taux net de fréquence scolaire (primaire)	0,724	0,025	2626	5274	2,329	0,035	0,674	0,775
Jamais mariée (en union)	0,194	0,010	2773	5974	1,391	0,054	0,173	0,215
Actuellement mariée (en union)	0,665	0,016	2773	5974	1,776	0,024	0,633	0,697
Mariée avant l'âge de 20 ans	0,616	0,020	2264	4835	1,947	0,032	0,577	0,656
Enfants nés vivants	3,146	0,089	2773	5974	1,616	0,028	2,969	3,324
Enfants survivants	2,700	0,071	2773	5974	1,515	0,026	2,558	2,842
Enfants nés vivants des femmes 40-49	5,737	0,207	564	1194	1,509	0,036	5,323	6,152
Connaît une méthode contraceptive	0,815	0,025	1885	3972	2,743	0,030	0,766	0,865
A utilisé une méthode	0,401	0,027	1885	3972	2,376	0,067	0,348	0,455
Utilise actuellement une méthode	0,231	0,021	1885	3972	2,126	0,089	0,190	0,272
Utilise actuellement la pilule	0,026	0,005	1885	3972	1,391	0,195	0,016	0,036
Utilise actuellement le condom	0,005	0,002	1885	3972	1,128	0,368	0,001	0,009
Utilise actuellement les injections	0,097	0,013	1885	3972	1,832	0,129	0,072	0,122
Utilise actuellement la stérilisation féminine	0,008	0,002	1885	3972	0,881	0,221	0,005	0,012
Utilise actuellement la continence périodique	0,067	0,011	1885	3972	1,964	0,169	0,044	0,089
Utilise une source du secteur publique	0,629	0,052	316	668	1,916	0,083	0,525	0,734
Ne veut plus d'enfants	0,405	0,018	1885	3972	1,595	0,045	0,369	0,441
Veut retarder d'au moins 2 ans	0,299	0,014	1885	3972	1,320	0,047	0,271	0,327
Nombre d'enfants idéal	5,081	0,141	2513	5363	2,705	0,028	4,799	5,362
Mères reçues injection antitétanique	0,502	0,024	1589	3339	1,874	0,047	0,454	0,549
Mères reçues assistance médicale à l'accouchement	0,459	0,030	2464	5131	2,419	0,066	0,398	0,519
Diarrhée dans les 2 dernières semaines	0,100	0,008	2275	4740	1,261	0,084	0,083	0,117
A reçu le traitement SRO	0,103	0,020	237	475	0,980	0,196	0,063	0,143
A consulté du personnel médical	0,301	0,048	237	475	1,481	0,158	0,206	0,396
Ayant un carnet de santé, vu	0,491	0,039	499	1061	1,709	0,078	0,414	0,569
A reçu vaccination BCG	0,686	0,037	499	1061	1,781	0,054	0,611	0,761
A reçu vaccination DTC (3 doses)	0,574	0,042	499	1061	1,867	0,072	0,491	0,658
A reçu vaccination polio (3 doses)	0,599	0,042	499	1061	1,892	0,070	0,515	0,682
A reçu vaccination rougeole	0,559	0,039	499	1061	1,749	0,070	0,481	0,637
Vacciné contre toutes les maladies	0,493	0,039	499	1061	1,716	0,078	0,416	0,571
Taille pour âge (-2ET)	0,460	0,018	1271	2555	1,251	0,039	0,425	0,496
Poids pour taille (-2ET)	0,144	0,013	1271	2555	1,300	0,091	0,118	0,170
Poids pour âge (-2ET)	0,405	0,016	1271	2555	1,135	0,039	0,373	0,437
Anémie chez les enfants	0,694	0,025	739	1470	1,420	0,036	0,643	0,745
Anémie chez les femmes	0,489	0,026	932	1993	1,552	0,052	0,438	0,540
Indice de masse corporelle sous 18,5	0,207	0,014	2357	5115	1,645	0,066	0,180	0,235
Indice synthétique de fécondité (3 ans)	5,651	0,244	na	17319	1,715	0,043	5,163	6,139
Quotient de mortalité néonatale (10 ans)	36,730	3,831	4907	10080	1,259	0,104	29,069	44,392
Quotient de mortalité post-néonatale (10 ans)	38,880	3,943	4914	10096	1,270	0,101	30,994	46,765
Quotient de mortalité infantile (10 ans)	75,610	6,140	4914	10096	1,397	0,081	63,330	87,889
Quotient de mortalité juvénile (10 ans)	47,976	4,124	4950	10168	1,099	0,086	39,728	56,224
Quotient de mortalité infanto-juvénile (10 ans)	119,958	8,292	4957	10184	1,477	0,069	103,373	136,543
Prévalence syphilis (Abbott)	0,068	0,009	932	1890	1,141	0,138	0,049	0,087
Prévalence syphilis (RPR)	0,046	0,009	927	1879	1,297	0,194	0,028	0,064
HOMMES								
Milieu urbain	0,000	0,000	934	1853	na	na	0,000	0,000
Alphabétisé	0,707	0,026	934	1853	1,750	0,037	0,654	0,759
Sans instruction	0,195	0,023	934	1853	1,743	0,116	0,150	0,240
Instruction post-primaire ou plus	0,264	0,036	934	1853	2,464	0,135	0,193	0,335
Jamais mariée (en union)	0,298	0,018	934	1853	1,181	0,059	0,263	0,333
Actuellement mariée (en union)	0,637	0,020	934	1853	1,270	0,031	0,597	0,677
Connaît une méthode contraceptive	0,820	0,024	596	1180	1,525	0,029	0,772	0,868
A utilisé une méthode	0,400	0,036	596	1180	1,787	0,090	0,328	0,472
Utilise actuellement une méthode	0,283	0,032	596	1180	1,749	0,114	0,218	0,348
Utilise actuellement une méthode moderne	0,170	0,023	596	1180	1,496	0,135	0,124	0,216
Utilise actuellement les injections	0,099	0,018	596	1180	1,437	0,178	0,064	0,134
Utilise actuellement le condom	0,014	0,005	596	1180	1,119	0,386	0,003	0,025
Utilise actuellement la continence périodique	0,111	0,018	596	1180	1,410	0,163	0,075	0,147
Ne veut plus d'enfants	0,329	0,032	596	1180	1,686	0,099	0,264	0,394
Veut retarder d'au moins 2 ans	0,277	0,025	596	1180	1,337	0,089	0,228	0,326
Nombre d'enfants idéal	5,777	0,211	869	1730	1,563	0,037	5,354	6,200
Prévalence syphilis (Abbott)	0,065	0,010	912	1881	1,284	0,162	0,044	0,086
Prévalence syphilis (RPR)	0,038	0,008	904	1862	1,296	0,218	0,021	0,054

na = Non applicable

Tableau B.5 Erreurs de sondage – Echantillon Capitale, EDSMD-III Madagascar 2003-2004

			Population de base				Intervalle de confiance	
Variable	Valeur (M)	Erreur type (ET)	Non pondérée (N)	Pondérée (N´)	Effet de grappe (REPS)	Erreur relative (ET/M)	M-2ET	M+2ET
FEMMES								
Milieu urbain	1,000	0,000	1538	466	na	0,000	1,000	1,000
Alphabétisée	0,982	0,003	1538	466	0,989	0,003	0,976	0,989
Sans instruction	0,011	0,004	1538	466	1,434	0,339	0,004	0,019
Instruction post-primaire ou plus	0,719	0,016	1538	466	1,409	0,022	0,686	0,751
Taux net de fréquence scolaire (primaire)	0,917	0,010	827	246	1,016	0,011	0,896	0,937
Jamais mariée (en union)	0,310	0,012	1538	466	1,023	0,039	0,286	0,334
Actuellement mariée (en union)	0,601	0,013	1538	466	1,063	0,022	0,574	0,628
Mariée avant l'âge de 20 ans	0,364	0,017	1268	386	1,243	0,046	0,330	0,398
Enfants nés vivants	1,853	0,051	1538	466	1,041	0,028	1,750	1,956
Enfants survivants	1,735	0,047	1538	466	1,056	0,027	1,641	1,830
Enfants nés vivants des femmes 40-49	3,529	0,138	300	87	1,033	0,039	3,253	3,804
Connaît une méthode contraceptive	0,997	0,002	921	280	1,100	0,002	0,994	1,000
A utilisé une méthode	0,820	0,018	921	280	1,458	0,022	0,784	0,857
Utilise actuellement une méthode	0,523	0,017	921	280	1,036	0,033	0,489	0,557
Utilise actuellement la pilule	0,076	0,015	921	280	1,698	0,196	0,046	0,105
Utilise actuellement le condom	0,039	0,008	921	280	1,180	0,193	0,024	0,054
Utilise actuellement les injections	0,135	0,013	921	280	1,149	0,096	0,109	0,161
Utilise actuellement la stérilisation féminine	0,023	0,007	921	280	1,327	0,285	0,010	0,036
Utilise actuellement la continence périodique	0,177	0,019	921	280	1,502	0,107	0,140	0,215
Utilise une source du secteur publique	0,320	0,028	327	98	1,082	0,087	0,264	0,376
Ne veut plus d'enfants	0,531	0,023	921	280	1,394	0,043	0,485	0,576
Veut retarder d'au moins 2 ans	0,227	0,018	921	280	1,303	0,079	0,191	0,263
Nombre d'enfants idéal	3,123	0,037	1433	431	1,168	0,012	3,048	3,198
Mères reçues injection antitétanique	0,631	0,020	508	158	0,956	0,032	0,590	0,671
Mères reçues assistance médicale à l'accouchement	0,947	0,009	654	204	0,848	0,009	0,930	0,964
Diarrhée dans les 2 dernières semaines	0,054	0,013	637	198	1,443	0,238	0,028	0,079
A reçu le traitement SRO	0,283	0,113	35	11	1,479	0,399	0,057	0,509
A consulté du personnel médical	0,468	0,104	35	11	1,229	0,223	0,260	0,677
Ayant un carnet de santé, vu	0,534	0,070	121	39	1,568	0,132	0,393	0,674
A reçu vaccination BCG	0,989	0,009	121	39	0,919	0,009	0,971	1,000
A reçu vaccination DTC (3 doses)	0,936	0,017	121	39	0,769	0,018	0,903	0,970
A reçu vaccination polio (3 doses)	0,904	0,036	121	39	1,367	0,040	0,833	0,975
A reçu vaccination rougeole	0,888	0,024	121	39	0,857	0,027	0,840	0,936
Vacciné contre toutes les maladies	0,827	0,029	121	39	0,870	0,035	0,768	0,885
Taille pour âge (-2ET)	0,426	0,036	337	103	1,381	0,084	0,355	0,498
Poids pour taille (-2ET)	0,107	0,026	337	103	1,581	0,239	0,056	0,158
Poids pour âge (-2ET)	0,293	0,024	337	103	0,987	0,082	0,245	0,341
Anémie chez les enfants	0,513	0,040	199	61	1,078	0,078	0,433	0,593
Anémie chez les femmes	0,290	0,027	485	147	1,302	0,092	0,237	0,344
Indice de masse corporelle sous 18,5	0,086	0,009	1403	425	1,247	0,108	0,068	0,105
Indice synthétique de fécondité (3 ans)	2,726	0,191	na	1369	1,623	0,070	2,344	3,108
Quotient de mortalité néonatale (10 ans)	17,715	4,753	1409	440	1,258	0,268	8,208	27,222
Quotient de mortalité post-néonatale (10 ans)	8,890	2,665	1411	441	1,002	0,300	3,560	14,220
Quotient de mortalité infantile (10 ans)	26,605	6,415	1411	441	1,421	0,241	13,776	39,435
Quotient de mortalité juvénile (10 ans)	17,095	4,168	1418	443	1,256	0,244	8,758	25,432
Quotient de mortalité infanto-juvénile (10 ans)	43,246	6,959	1420	444	1,239	0,161	29,327	57,165
Prévalence syphilis (Abbott)	0,020	0,007	485	144	1,033	0,331	0,007	0,033
Prévalence syphilis (RPR)	0,006	0,005	484	144	1,323	0,779	0,000	0,015
HOMMES								
Milieu urbain	1,000	0,000	502	152	na	0,000	1,000	1,000
Alphabétisé	0,978	0,007	502	152	1,150	0,008	0,963	0,993
Sans instruction	0,005	0,004	502	152	1,111	0,679	0,000	0,013
Instruction post-primaire ou plus	0,765	0,030	502	152	1,569	0,039	0,705	0,824
Jamais mariée (en union)	0,388	0,027	502	152	1,225	0,069	0,335	0,441
Actuellement mariée (en union)	0,567	0,028	502	152	1,286	0,050	0,510	0,624
Connaît une méthode contraceptive	1,000	0,000	286	86	na	0,000	1,000	1,000
A utilisé une méthode	0,888	0,015	286	86	0,816	0,017	0,857	0,918
Utilise actuellement une méthode	0,587	0,024	286	86	0,812	0,040	0,540	0,634
Utilise actuellement une méthode moderne	0,372	0,023	286	86	0,815	0,063	0,325	0,418
Utilise actuellement les injections	0,116	0,019	286	86	1,016	0,166	0,078	0,155
Utilise actuellement le condom	0,092	0,015	286	86	0,907	0,169	0,061	0,123
Utilise actuellement la continence périodique	0,208	0,023	286	86	0,975	0,113	0,161	0,255
Ne veut plus d'enfants	0,568	0,035	286	86	1,185	0,061	0,498	0,637
Veut retarder d'au moins 2 ans	0,183	0,017	286	86	0,754	0,094	0,148	0,218
Nombre d'enfants idéal	3,172	0,077	484	148	1,536	0,024	3,017	3,327
Prévalence syphilis (Abbott)	0,009	0,006	487	155	1,308	0,623	0,000	0,020
Prévalence syphilis (RPR)	0,000	0,000	487	155	na	na	0,000	0,000

na = Non applicable

Tableau B.6 Erreurs de sondage - Echantillon Antananarivo, EDSMD-III Madagascar 2003-2004

Variable	Valeur (M)	Erreur type (ET)	Population de base: Non pondérée (N)	Population de base: Pondérée (N´)	Effet de grappe (REPS)	Erreur relative (ET/M)	Intervalle de confiance: M-2ET	Intervalle de confiance: M+2ET
FEMMES								
Milieu urbain	0,288	0,021	2965	2671	2,541	0,073	0,246	0,331
Alphabétisée	0,879	0,033	2965	2671	5,570	0,038	0,812	0,945
Sans instruction	0,084	0,025	2965	2671	4,867	0,296	0,034	0,133
Instruction post-primaire ou plus	0,483	0,048	2965	2671	5,260	0,100	0,386	0,580
Taux net de fréquence scolaire (primaire)	0,848	0,040	1722	1659	4,132	0,047	0,769	0,927
Jamais mariée (en union)	0,273	0,015	2965	2671	1,860	0,056	0,243	0,304
Actuellement mariée (en union)	0,630	0,015	2965	2671	1,636	0,023	0,601	0,659
Mariée avant l'âge de 20 ans	0,445	0,025	2417	2154	2,486	0,056	0,395	0,496
Enfants nés vivants	2,420	0,127	2965	2671	2,745	0,053	2,165	2,674
Enfants survivants	2,198	0,101	2965	2671	2,444	0,046	1,996	2,399
Enfants nés vivants des femmes 40-49	4,761	0,296	576	543	2,543	0,062	4,170	5,353
Connaît une méthode contraceptive	0,945	0,029	1829	1683	5,528	0,031	0,887	1,000
A utilisé une méthode	0,678	0,035	1829	1683	3,235	0,052	0,608	0,749
Utilise actuellement une méthode	0,423	0,030	1829	1683	2,635	0,072	0,362	0,484
Utilise actuellement la pilule	0,038	0,008	1829	1683	1,807	0,213	0,022	0,054
Utilise actuellement le condom	0,016	0,004	1829	1683	1,235	0,224	0,009	0,024
Utilise actuellement les injections	0,138	0,020	1829	1683	2,523	0,148	0,097	0,178
Utilise actuellement la stérilisation féminine	0,018	0,003	1829	1683	1,097	0,188	0,011	0,025
Utilise actuellement la continence périodique	0,147	0,023	1829	1683	2,731	0,154	0,102	0,193
Utilise une source du secteur publique	0,389	0,057	526	430	2,695	0,147	0,275	0,504
Ne veut plus d'enfants	0,506	0,029	1829	1683	2,489	0,057	0,448	0,565
Veut retarder d'au moins 2 ans	0,283	0,023	1829	1683	2,171	0,081	0,237	0,329
Nombre d'enfants idéal	3,841	0,174	2737	2442	5,027	0,045	3,493	4,189
Mères reçues injection antitétanique	0,563	0,032	1168	1170	2,340	0,057	0,498	0,627
Mères reçues assistance médicale à l'accouchement	0,662	0,055	1657	1698	3,961	0,083	0,553	0,772
Diarrhée dans les 2 dernières semaines	0,064	0,010	1583	1600	1,695	0,160	0,044	0,085
A reçu le traitement SRO	0,187	0,048	100	102	1,281	0,255	0,091	0,282
A consulté du personnel médical	0,265	0,074	100	102	1,731	0,279	0,117	0,412
Ayant un carnet de santé, vu	0,632	0,064	323	385	2,729	0,101	0,505	0,760
A reçu vaccination BCG	0,878	0,069	323	385	4,362	0,079	0,740	1,000
A reçu vaccination DTC (3 doses)	0,852	0,064	323	385	3,746	0,076	0,723	0,981
A reçu vaccination polio (3 doses)	0,832	0,070	323	385	3,851	0,084	0,692	0,971
A reçu vaccination rougeole	0,776	0,054	323	385	2,701	0,070	0,667	0,885
Vacciné contre toutes les maladies	0,760	0,057	323	385	2,756	0,075	0,646	0,874
Taille pour âge (-2ET)	0,502	0,028	842	837	1,682	0,055	0,446	0,557
Poids pour taille (-2ET)	0,121	0,025	842	837	2,267	0,205	0,071	0,171
Poids pour âge (-2ET)	0,392	0,025	842	837	1,544	0,064	0,342	0,442
Anémie chez les enfants	0,626	0,043	470	471	1,929	0,069	0,540	0,712
Anémie chez les femmes	0,342	0,047	921	843	3,046	0,138	0,248	0,437
Indice de masse corporelle sous 18,5	0,145	0,022	2669	2361	3,150	0,150	0,102	0,188
Indice synthétique de fécondité (3 ans)	4,219	0,365	na	7633	2,888	0,087	3,488	4,950
Quotient de mortalité néonatale (10 ans)	27,210	6,195	3297	3301	2,166	0,228	14,820	39,599
Quotient de mortalité post-néonatale (10 ans)	25,834	7,997	3300	3304	2,763	0,310	9,840	41,829
Quotient de mortalité infantile (10 ans)	53,044	12,902	3300	3304	3,036	0,243	27,239	78,849
Quotient de mortalité juvénile (10 ans)	28,039	7,133	3320	3326	2,102	0,254	13,773	42,304
Quotient de mortalité infanto-juvénile (10 ans)	79,595	18,762	3323	3328	3,407	0,236	42,071	117,120
Prévalence syphilis (Abbott)	0,019	0,009	922	819	2,096	0,492	0,000	0,038
Prévalence syphilis (RPR)	0,012	0,009	921	819	2,478	0,738	0,000	0,030
HOMMES								
Milieu urbain	0,293	0,027	912	792	1,800	0,093	0,239	0,348
Alphabétisé	0,892	0,030	912	792	2,876	0,033	0,833	0,951
Sans instruction	0,063	0,020	912	792	2,526	0,323	0,022	0,103
Instruction post-primaire ou plus	0,514	0,065	912	792	3,949	0,127	0,384	0,645
Jamais mariée (en union)	0,332	0,023	912	792	1,497	0,070	0,285	0,379
Actuellement mariée (en union)	0,629	0,029	912	792	1,783	0,045	0,572	0,686
Connaît une méthode contraceptive	0,975	0,016	553	498	2,398	0,016	0,943	1,000
A utilisé une méthode	0,642	0,052	553	498	2,551	0,081	0,538	0,746
Utilise actuellement une méthode	0,477	0,054	553	498	2,554	0,114	0,369	0,586
Utilise actuellement une méthode moderne	0,281	0,036	553	498	1,868	0,127	0,209	0,352
Utilise actuellement les injections	0,141	0,033	553	498	2,261	0,238	0,074	0,208
Utilise actuellement le condom	0,026	0,006	553	498	0,940	0,247	0,013	0,038
Utilise actuellement la continence périodique	0,192	0,035	553	498	2,110	0,184	0,121	0,263
Ne veut plus d'enfants	0,477	0,056	553	498	2,618	0,117	0,366	0,588
Veut retarder d'au moins 2 ans	0,200	0,035	553	498	2,035	0,173	0,131	0,270
Nombre d'enfants idéal	3,720	0,176	866	749	3,069	0,047	3,367	4,073
Prévalence syphilis (Abbott)	0,021	0,011	884	812	2,266	0,515	0,000	0,044
Prévalence syphilis (RPR)	0,006	0,004	883	809	1,358	0,591	0,000	0,013

na = Non applicable

Tableau B.7 Erreurs de sondage - Echantillon Fianarantsoa, EDSMD-III Madagascar 2003-2004

Variable	Valeur (M)	Erreur type (ET)	Population de base: Non pondérée (N)	Population de base: Pondérée (N´)	Effet de grappe (REPS)	Erreur relative (ET/M)	Intervalle de confiance: M-2ET	Intervalle de confiance: M+2ET
FEMMES								
Milieu urbain	0,209	0,028	1257	1599	2,450	0,134	0,153	0,265
Alphabétisée	0,642	0,036	1257	1599	2,686	0,057	0,570	0,715
Sans instruction	0,249	0,025	1257	1599	2,035	0,100	0,200	0,299
Instruction post-primaire ou plus	0,224	0,026	1257	1599	2,176	0,114	0,173	0,275
Taux net de fréquence scolaire (primaire)	0,792	0,035	964	1294	2,444	0,045	0,721	0,862
Jamais mariée (en union)	0,235	0,014	1257	1599	1,142	0,058	0,208	0,263
Actuellement mariée (en union)	0,567	0,039	1257	1599	2,788	0,069	0,489	0,645
Mariée avant l'âge de 20 ans	0,594	0,027	987	1253	1,716	0,045	0,541	0,648
Enfants nés vivants	2,936	0,102	1257	1599	1,310	0,035	2,731	3,141
Enfants survivants	2,562	0,089	1257	1599	1,299	0,035	2,385	2,739
Enfants nés vivants des femmes 40-49	5,551	0,286	243	301	1,370	0,052	4,979	6,122
Connaît une méthode contraceptive	0,803	0,042	718	907	2,823	0,052	0,720	0,887
A utilisé une méthode	0,298	0,037	718	907	2,190	0,126	0,223	0,373
Utilise actuellement une méthode	0,148	0,025	718	907	1,877	0,168	0,098	0,198
Utilise actuellement la pilule	0,013	0,003	718	907	0,630	0,207	0,007	0,018
Utilise actuellement le condom	0,003	0,001	718	907	0,647	0,458	0,000	0,005
Utilise actuellement les injections	0,084	0,018	718	907	1,703	0,210	0,049	0,119
Utilise actuellement la stérilisation féminine	0,006	0,003	718	907	1,154	0,574	0,000	0,012
Utilise actuellement la continence périodique	0,033	0,008	718	907	1,184	0,238	0,017	0,049
Utilise une source du secteur publique	0,891	0,032	130	130	1,169	0,036	0,826	0,955
Ne veut plus d'enfants	0,366	0,031	718	907	1,737	0,085	0,304	0,429
Veut retarder d'au moins 2 ans	0,285	0,013	718	907	0,784	0,046	0,259	0,312
Nombre d'enfants idéal	4,816	0,178	1097	1348	2,565	0,037	4,460	5,172
Mères reçues injection antitétanique	0,564	0,045	664	916	2,422	0,079	0,475	0,654
Mères reçues assistance médicale à l'accouchement	0,531	0,049	984	1389	2,666	0,092	0,434	0,629
Diarrhée dans les 2 dernières semaines	0,062	0,015	947	1339	1,896	0,237	0,033	0,091
A reçu le traitement SRO	0,150	0,063	59	83	1,412	0,421	0,024	0,276
A consulté du personnel médical	0,411	0,092	59	83	1,457	0,224	0,227	0,594
Ayant un carnet de santé, vu	0,554	0,065	205	267	1,879	0,116	0,425	0,683
A reçu vaccination BCG	0,792	0,048	205	267	1,718	0,061	0,696	0,889
A reçu vaccination DTC (3 doses)	0,715	0,067	205	267	2,147	0,094	0,581	0,849
A reçu vaccination polio (3 doses)	0,740	0,066	205	267	2,196	0,090	0,607	0,873
A reçu vaccination rougeole	0,673	0,066	205	267	2,048	0,099	0,540	0,806
Vacciné contre toutes les maladies	0,654	0,068	205	267	2,072	0,104	0,518	0,790
Taille pour âge (-2ET)	0,458	0,025	526	672	1,191	0,056	0,407	0,509
Poids pour taille (-2ET)	0,160	0,026	526	672	1,652	0,163	0,108	0,212
Poids pour âge (-2ET)	0,396	0,033	526	672	1,584	0,084	0,330	0,462
Anémie chez les enfants	0,706	0,050	294	405	1,917	0,071	0,605	0,807
Anémie chez les femmes	0,504	0,041	408	543	1,706	0,082	0,421	0,586
Indice de masse corporelle sous 18,5	0,248	0,020	1092	1376	1,502	0,080	0,208	0,287
Indice synthétique de fécondité (3 ans)	5,750	0,309	na	4518	1,526	0,054	5,131	6,369
Quotient de mortalité néonatale (10 ans)	27,362	5,665	1872	2616	1,333	0,207	16,032	38,693
Quotient de mortalité post-néonatale (10 ans)	33,178	5,728	1874	2623	1,417	0,173	21,722	44,634
Quotient de mortalité infantile (10 ans)	60,541	9,224	1874	2623	1,481	0,152	42,093	78,988
Quotient de mortalité juvénile (10 ans)	44,199	6,694	1890	2652	1,280	0,151	30,812	57,587
Quotient de mortalité infanto-juvénile (10 ans)	102,064	11,229	1892	2659	1,484	0,110	79,606	124,521
Prévalence syphilis (Abbott)	0,032	0,011	407	503	1,301	0,352	0,010	0,055
Prévalence syphilis (RPR)	0,007	0,005	404	498	1,337	0,806	0,000	0,018
HOMMES								
Milieu urbain	0,184	0,026	342	441	1,253	0,143	0,132	0,237
Alphabétisé	0,750	0,055	342	441	2,342	0,073	0,640	0,860
Sans instruction	0,152	0,056	342	441	2,866	0,367	0,041	0,263
Instruction post-primaire ou plus	0,298	0,038	342	441	1,526	0,127	0,222	0,373
Jamais mariée (en union)	0,331	0,041	342	441	1,601	0,123	0,249	0,413
Actuellement mariée (en union)	0,564	0,050	342	441	1,852	0,088	0,465	0,664
Connaît une méthode contraceptive	0,790	0,061	199	249	2,113	0,077	0,668	0,913
A utilisé une méthode	0,403	0,067	199	249	1,921	0,166	0,269	0,537
Utilise actuellement une méthode	0,214	0,054	199	249	1,842	0,251	0,107	0,321
Utilise actuellement une méthode moderne	0,114	0,031	199	249	1,354	0,268	0,053	0,175
Utilise actuellement les injections	0,047	0,018	199	249	1,180	0,380	0,011	0,082
Utilise actuellement le condom	0,021	0,009	199	249	0,913	0,447	0,002	0,039
Utilise actuellement la continence périodique	0,090	0,027	199	249	1,342	0,303	0,036	0,145
Ne veut plus d'enfants	0,271	0,036	199	249	1,138	0,133	0,199	0,343
Veut retarder d'au moins 2 ans	0,407	0,040	199	249	1,132	0,097	0,328	0,486
Nombre d'enfants idéal	5,479	0,326	320	408	1,853	0,060	4,827	6,131
Prévalence syphilis (Abbott)	0,049	0,009	330	449	0,716	0,174	0,032	0,066
Prévalence syphilis (RPR)	0,030	0,011	328	444	1,198	0,378	0,007	0,052

na = Non applicable

Tableau B.8 Erreurs de sondage - Echantillon Toamasina, EDSMD-III Madagascar 2003-2004

Variable	Valeur (M)	Erreur type (ET)	Population de base: Non pondérée (N)	Population de base: Pondérée (N´)	Effet de grappe (REPS)	Erreur relative (ET/M)	Intervalle de confiance: M-2ET	Intervalle de confiance: M+2ET
FEMMES								
Milieu urbain	0,259	0,034	1152	1196	2,627	0,131	0,191	0,326
Alphabétisée	0,684	0,059	1152	1196	4,316	0,086	0,566	0,803
Sans instruction	0,255	0,061	1152	1196	4,723	0,238	0,134	0,376
Instruction post-primaire ou plus	0,254	0,034	1152	1196	2,664	0,135	0,185	0,322
Taux net de fréquence scolaire (primaire)	0,800	0,024	898	1026	1,675	0,030	0,752	0,848
Jamais mariée (en union)	0,167	0,015	1152	1196	1,400	0,092	0,136	0,198
Actuellement mariée (en union)	0,693	0,025	1152	1196	1,810	0,036	0,643	0,742
Mariée avant l'âge de 20 ans	0,607	0,031	967	1004	1,974	0,051	0,544	0,669
Enfants nés vivants	3,181	0,155	1152	1196	1,805	0,049	2,871	3,491
Enfants survivants	2,646	0,113	1152	1196	1,615	0,043	2,420	2,871
Enfants nés vivants des femmes 40-49	5,853	0,245	229	235	1,091	0,042	5,362	6,343
Connaît une méthode contraceptive	0,852	0,073	749	828	5,605	0,086	0,706	0,997
A utilisé une méthode	0,482	0,065	749	828	3,569	0,135	0,352	0,613
Utilise actuellement une méthode	0,305	0,050	749	828	2,962	0,164	0,205	0,405
Utilise actuellement la pilule	0,051	0,015	749	828	1,818	0,287	0,022	0,080
Utilise actuellement le condom	0,011	0,004	749	828	1,118	0,391	0,002	0,019
Utilise actuellement les injections	0,123	0,031	749	828	2,596	0,253	0,061	0,186
Utilise actuellement la stérilisation féminine	0,005	0,002	749	828	0,974	0,510	0,000	0,010
Utilise actuellement la continence périodique	0,089	0,015	749	828	1,398	0,164	0,060	0,118
Utilise une source du secteur publique	0,616	0,058	234	201	1,829	0,095	0,500	0,733
Ne veut plus d'enfants	0,422	0,020	749	828	1,119	0,048	0,382	0,463
Veut retarder d'au moins 2 ans	0,333	0,022	749	828	1,265	0,066	0,289	0,376
Nombre d'enfants idéal	4,760	0,215	1083	1100	3,256	0,045	4,329	5,191
Mères reçues injection antitétanique	0,495	0,059	558	641	2,934	0,119	0,377	0,613
Mères reçues assistance médicale à l'accouchement	0,381	0,052	807	969	2,723	0,136	0,278	0,485
Diarrhée dans les 2 dernières semaines	0,113	0,017	744	887	1,492	0,148	0,079	0,146
A reçu le traitement SRO	0,103	0,046	78	100	1,436	0,444	0,011	0,194
A consulté du personnel médical	0,293	0,095	78	100	1,886	0,323	0,104	0,482
Ayant un carnet de santé, vu	0,412	0,082	141	173	2,131	0,200	0,248	0,577
A reçu vaccination BCG	0,706	0,056	141	173	1,576	0,079	0,595	0,818
A reçu vaccination DTC (3 doses)	0,535	0,069	141	173	1,779	0,129	0,397	0,674
A reçu vaccination polio (3 doses)	0,582	0,075	141	173	1,947	0,129	0,433	0,732
A reçu vaccination rougeole	0,519	0,081	141	173	2,082	0,157	0,356	0,681
Vacciné contre toutes les maladies	0,442	0,066	141	173	1,689	0,149	0,311	0,574
Taille pour âge (-2ET)	0,413	0,042	430	517	1,920	0,102	0,329	0,497
Poids pour taille (-2ET)	0,155	0,017	430	517	1,057	0,112	0,121	0,190
Poids pour âge (-2ET)	0,397	0,034	430	517	1,523	0,086	0,329	0,465
Anémie chez les enfants	0,681	0,057	234	281	2,107	0,084	0,566	0,796
Anémie chez les femmes	0,440	0,042	390	414	1,698	0,096	0,355	0,524
Indice de masse corporelle sous 18,5	0,201	0,025	1010	1031	1,959	0,124	0,151	0,251
Indice synthétique de fécondité (3 ans)	5,036	0,430	na	3539	2,076	0,085	4,177	5,895
Quotient de mortalité néonatale (10 ans)	45,213	9,868	1651	1974	1,843	0,218	25,477	64,948
Quotient de mortalité post-néonatale (10 ans)	41,828	8,643	1653	1979	1,631	0,207	24,541	59,115
Quotient de mortalité infantile (10 ans)	87,041	15,563	1653	1979	2,144	0,179	55,915	118,167
Quotient de mortalité juvénile (10 ans)	45,568	5,242	1666	1994	1,103	0,115	35,083	56,053
Quotient de mortalité infanto-juvénile (10 ans)	128,643	15,677	1668	1999	1,692	0,122	97,289	159,996
Prévalence syphilis (Abbott)	0,128	0,032	390	394	1,858	0,245	0,065	0,192
Prévalence syphilis (RPR)	0,093	0,026	389	393	1,769	0,280	0,041	0,146
HOMMES								
Milieu urbain	0,229	0,034	396	406	1,603	0,148	0,161	0,297
Alphabétisé	0,735	0,051	396	406	2,277	0,069	0,633	0,836
Sans instruction	0,189	0,055	396	406	2,790	0,291	0,079	0,299
Instruction post-primaire ou plus	0,263	0,037	396	406	1,678	0,141	0,189	0,337
Jamais mariée (en union)	0,287	0,032	396	406	1,389	0,110	0,223	0,350
Actuellement mariée (en union)	0,663	0,028	396	406	1,161	0,042	0,608	0,718
Connaît une méthode contraceptive	0,848	0,053	251	269	2,349	0,063	0,742	0,955
A utilisé une méthode	0,458	0,063	251	269	1,994	0,137	0,332	0,584
Utilise actuellement une méthode	0,327	0,055	251	269	1,861	0,169	0,217	0,437
Utilise actuellement une méthode moderne	0,183	0,046	251	269	1,866	0,250	0,092	0,274
Utilise actuellement les injections	0,115	0,033	251	269	1,618	0,284	0,050	0,181
Utilise actuellement le condom	0,018	0,007	251	269	0,857	0,406	0,003	0,032
Utilise actuellement la continence périodique	0,140	0,026	251	269	1,190	0,187	0,088	0,192
Ne veut plus d'enfants	0,375	0,027	251	269	0,894	0,073	0,320	0,430
Veut retarder d'au moins 2 ans	0,275	0,053	251	269	1,877	0,193	0,169	0,381
Nombre d'enfants idéal	5,575	0,386	393	404	2,412	0,069	4,803	6,346
Prévalence syphilis (Abbott)	0,106	0,032	389	417	2,065	0,305	0,041	0,170
Prévalence syphilis (RPR)	0,080	0,031	389	417	2,220	0,383	0,019	0,141

na = Non applicable

Tableau B.9 Erreurs de sondage - Echantillon Mahajanga, EDSMD-III Madagascar 2003-2004

Variable	Valeur (M)	Erreur type (ET)	Population de base: Non pondérée (N)	Population de base: Pondérée (N′)	Effet de grappe (REPS)	Erreur relative (ET/M)	Intervalle de confiance: M-2ET	Intervalle de confiance: M+2ET
FEMMES								
Milieu urbain	0,214	0,029	799	987	1,983	0,135	0,156	0,272
Alphabétisée	0,571	0,072	799	987	4,128	0,127	0,427	0,716
Sans instruction	0,321	0,065	799	987	3,951	0,203	0,190	0,452
Instruction post-primaire ou plus	0,205	0,053	799	987	3,723	0,260	0,098	0,311
Taux net de fréquence scolaire (primaire)	0,625	0,074	816	1105	3,538	0,119	0,477	0,774
Jamais mariée (en union)	0,126	0,013	799	987	1,103	0,103	0,101	0,152
Actuellement mariée (en union)	0,729	0,031	799	987	1,954	0,042	0,667	0,790
Mariée avant l'âge de 20 ans	0,730	0,037	638	792	2,080	0,050	0,657	0,803
Enfants nés vivants	3,518	0,157	799	987	1,491	0,045	3,204	3,832
Enfants survivants	2,972	0,148	799	987	1,671	0,050	2,675	3,268
Enfants nés vivants des femmes 40-49	5,948	0,483	154	205	1,826	0,081	4,982	6,913
Connaît une méthode contraceptive	0,776	0,050	535	719	2,773	0,065	0,675	0,876
A utilisé une méthode	0,323	0,053	535	719	2,642	0,165	0,216	0,430
Utilise actuellement une méthode	0,154	0,031	535	719	2,002	0,203	0,092	0,217
Utilise actuellement la pilule	0,022	0,007	535	719	1,054	0,302	0,009	0,036
Utilise actuellement le condom	0,008	0,003	535	719	0,820	0,396	0,002	0,014
Utilise actuellement les injections	0,057	0,015	535	719	1,527	0,270	0,026	0,087
Utilise actuellement la stérilisation féminine	0,011	0,005	535	719	1,020	0,427	0,002	0,020
Utilise actuellement la continence périodique	0,043	0,020	535	719	2,230	0,455	0,004	0,082
Utilise une source du secteur publique	0,641	0,119	101	94	2,491	0,186	0,402	0,880
Ne veut plus d'enfants	0,387	0,032	535	719	1,497	0,081	0,324	0,450
Veut retarder d'au moins 2 ans	0,283	0,041	535	719	2,122	0,146	0,200	0,365
Nombre d'enfants idéal	4,795	0,253	750	891	3,322	0,053	4,289	5,301
Mères reçues injection antitétanique	0,493	0,063	438	611	2,792	0,127	0,368	0,619
Mères reçues assistance médicale à l'accouchement	0,472	0,063	656	926	2,949	0,132	0,347	0,598
Diarrhée dans les 2 dernières semaines	0,106	0,014	607	830	1,145	0,135	0,078	0,135
A reçu le traitement SRO	0,092	0,047	62	88	1,354	0,508	0,000	0,185
A consulté du personnel médical	0,282	0,086	62	88	1,581	0,307	0,109	0,455
Ayant un carnet de santé, vu	0,460	0,087	144	202	2,217	0,190	0,286	0,635
A reçu vaccination BCG	0,586	0,080	144	202	2,056	0,136	0,427	0,745
A reçu vaccination DTC (3 doses)	0,406	0,092	144	202	2,358	0,226	0,222	0,589
A reçu vaccination polio (3 doses)	0,469	0,090	144	202	2,296	0,193	0,289	0,650
A reçu vaccination rougeole	0,514	0,103	144	202	2,610	0,200	0,308	0,719
Vacciné contre toutes les maladies	0,317	0,087	144	202	2,353	0,273	0,144	0,490
Taille pour âge (-2ET)	0,486	0,044	343	445	1,578	0,090	0,399	0,574
Poids pour taille (-2ET)	0,124	0,032	343	445	1,749	0,262	0,059	0,189
Poids pour âge (-2ET)	0,454	0,031	343	445	1,152	0,069	0,391	0,516
Anémie chez les enfants	0,701	0,057	202	250	1,576	0,081	0,588	0,814
Anémie chez les femmes	0,617	0,023	253	324	0,758	0,037	0,571	0,662
Indice de masse corporelle sous 18,5	0,164	0,012	692	848	0,827	0,071	0,141	0,188
Indice synthétique de fécondité (3 ans)	6,105	0,613	na	2924	2,363	0,100	4,878	7,331
Quotient de mortalité néonatale (10 ans)	39,421	7,416	1317	1860	1,388	0,188	24,588	54,254
Quotient de mortalité post-néonatale (10 ans)	35,707	10,129	1319	1862	2,010	0,284	15,449	55,965
Quotient de mortalité infantile (10 ans)	75,128	9,877	1319	1862	1,317	0,131	55,374	94,882
Quotient de mortalité juvénile (10 ans)	63,347	11,185	1323	1865	1,390	0,177	40,977	85,717
Quotient de mortalité infanto-juvénile (10 ans)	133,716	17,007	1325	1868	1,597	0,127	99,702	167,729
Prévalence syphilis (Abbott)	0,104	0,018	252	313	0,957	0,177	0,068	0,141
Prévalence syphilis (RPR)	0,057	0,024	248	305	1,628	0,420	0,009	0,106
HOMMES								
Milieu urbain	0,212	0,033	258	314	1,293	0,155	0,146	0,278
Alphabétisé	0,621	0,056	258	314	1,848	0,090	0,509	0,733
Sans instruction	0,229	0,033	258	314	1,268	0,145	0,163	0,296
Instruction post-primaire ou plus	0,263	0,064	258	314	2,322	0,243	0,135	0,390
Jamais mariée (en union)	0,218	0,022	258	314	0,846	0,100	0,175	0,262
Actuellement mariée (en union)	0,694	0,027	258	314	0,933	0,039	0,640	0,748
Connaît une méthode contraceptive	0,799	0,059	168	218	1,888	0,073	0,682	0,916
A utilisé une méthode	0,305	0,073	168	218	2,038	0,238	0,160	0,450
Utilise actuellement une méthode	0,222	0,051	168	218	1,584	0,229	0,120	0,324
Utilise actuellement une méthode moderne	0,122	0,035	168	218	1,398	0,290	0,051	0,193
Utilise actuellement les injections	0,062	0,020	168	218	1,080	0,324	0,022	0,103
Utilise actuellement le condom	0,022	0,015	168	218	1,299	0,668	0,000	0,052
Utilise actuellement la continence périodique	0,094	0,039	168	218	1,743	0,418	0,016	0,173
Ne veut plus d'enfants	0,255	0,068	168	218	2,005	0,265	0,120	0,390
Veut retarder d'au moins 2 ans	0,203	0,054	168	218	1,725	0,265	0,095	0,310
Nombre d'enfants idéal	6,180	0,474	229	277	2,113	0,077	5,232	7,127
Prévalence syphilis (Abbott)	0,108	0,033	226	300	1,617	0,309	0,041	0,175
Prévalence syphilis (RPR)	0,048	0,021	222	289	1,461	0,438	0,006	0,090

na = Non applicable

Tableau B.10 Erreurs de sondage - Echantillon Toliara, EDSMD-III Madagascar 2003-2004

Variable	Valeur (M)	Erreur type (ET)	Population de base: Non pondérée (N)	Population de base: Pondérée (N´)	Effet de grappe (REPS)	Erreur relative (ET/M)	Intervalle de confiance: M-2ET	Intervalle de confiance: M+2ET
FEMMES								
Milieu urbain	0,271	0,032	1005	957	2,265	0,117	0,208	0,335
Alphabétisée	0,503	0,053	1005	957	3,351	0,105	0,397	0,608
Sans instruction	0,431	0,052	1005	957	3,339	0,121	0,327	0,536
Instruction post-primaire ou plus	0,201	0,035	1005	957	2,799	0,176	0,130	0,272
Taux net de fréquence scolaire (primaire)	0,604	0,059	886	942	2,945	0,097	0,487	0,722
Jamais mariée (en union)	0,192	0,020	1005	957	1,576	0,102	0,153	0,231
Actuellement mariée (en union)	0,649	0,024	1005	957	1,612	0,037	0,600	0,698
Mariée avant l'âge de 20 ans	0,722	0,031	808	769	1,960	0,043	0,661	0,784
Enfants nés vivants	3,320	0,126	1005	957	1,329	0,038	3,068	3,572
Enfants survivants	2,787	0,105	1005	957	1,306	0,038	2,577	2,998
Enfants nés vivants des femmes 40-49	5,761	0,373	209	196	1,513	0,065	5,015	6,507
Connaît une méthode contraceptive	0,703	0,040	631	621	2,192	0,057	0,623	0,783
A utilisé une méthode	0,302	0,029	631	621	1,612	0,098	0,243	0,361
Utilise actuellement une méthode	0,158	0,020	631	621	1,355	0,125	0,118	0,197
Utilise actuellement la pilule	0,027	0,008	631	621	1,272	0,307	0,010	0,043
Utilise actuellement le condom	0,003	0,002	631	621	0,785	0,554	0,000	0,007
Utilise actuellement les injections	0,078	0,017	631	621	1,606	0,220	0,044	0,112
Utilise actuellement la stérilisation féminine	0,003	0,001	631	621	0,443	0,339	0,001	0,005
Utilise actuellement la continence périodique	0,031	0,005	631	621	0,788	0,174	0,020	0,042
Utilise une source du secteur publique	0,778	0,030	157	93	0,888	0,038	0,719	0,837
Ne veut plus d'enfants	0,266	0,026	631	621	1,501	0,099	0,213	0,319
Veut retarder d'au moins 2 ans	0,302	0,023	631	621	1,270	0,077	0,256	0,349
Nombre d'enfants idéal	6,983	0,305	989	938	2,662	0,044	6,373	7,594
Mères reçues injection antitétanique	0,455	0,041	526	539	1,958	0,090	0,373	0,537
Mères reçues assistance médicale à l'accouchement	0,381	0,072	819	869	3,508	0,188	0,237	0,524
Diarrhée dans les 2 dernières semaines	0,208	0,021	746	788	1,494	0,102	0,166	0,250
A reçu le traitement SRO	0,101	0,026	133	164	1,121	0,257	0,049	0,153
A consulté du personnel médical	0,345	0,092	133	164	2,449	0,268	0,160	0,530
Ayant un carnet de santé, vu	0,295	0,051	175	193	1,602	0,174	0,193	0,398
A reçu vaccination BCG	0,533	0,073	175	193	2,063	0,136	0,388	0,678
A reçu vaccination DTC (3 doses)	0,391	0,075	175	193	2,176	0,191	0,241	0,541
A reçu vaccination polio (3 doses)	0,399	0,073	175	193	2,112	0,183	0,253	0,544
A reçu vaccination rougeole	0,324	0,075	175	193	2,273	0,231	0,174	0,473
Vacciné contre toutes les maladies	0,279	0,076	175	193	2,408	0,273	0,127	0,431
Taille pour âge (-2ET)	0,399	0,042	443	466	1,907	0,104	0,316	0,482
Poids pour taille (-2ET)	0,156	0,027	443	466	1,643	0,174	0,102	0,210
Poids pour âge (-2ET)	0,390	0,020	443	466	0,900	0,052	0,350	0,431
Anémie chez les enfants	0,710	0,045	240	257	1,668	0,063	0,621	0,800
Anémie chez les femmes	0,463	0,060	323	307	2,167	0,130	0,343	0,584
Indice de masse corporelle sous 18,5	0,294	0,017	861	811	1,060	0,056	0,260	0,327
Indice synthétique de fécondité (3 ans)	6,306	0,400	na	2725	1,746	0,063	5,506	7,106
Quotient de mortalité néonatale (10 ans)	43,170	9,325	1599	1710	1,847	0,216	24,519	61,821
Quotient de mortalité post-néonatale (10 ans)	47,069	8,184	1603	1712	1,440	0,174	30,700	63,437
Quotient de mortalité infantile (10 ans)	90,239	9,989	1603	1712	1,343	0,111	70,262	110,216
Quotient de mortalité juvénile (10 ans)	54,925	8,543	1609	1721	1,426	0,156	37,839	72,012
Quotient de mortalité infanto-juvénile (10 ans)	140,207	14,076	1613	1723	1,509	0,100	112,056	168,359
Prévalence syphilis (Abbott)	0,088	0,022	322	294	1,381	0,249	0,044	0,131
Prévalence syphilis (RPR)	0,083	0,022	322	294	1,417	0,263	0,039	0,126
HOMMES								
Milieu urbain	0,299	0,041	287	285	1,502	0,136	0,218	0,380
Alphabétisé	0,544	0,037	287	285	1,242	0,067	0,471	0,617
Sans instruction	0,367	0,056	287	285	1,947	0,151	0,256	0,478
Instruction post-primaire ou plus	0,230	0,033	287	285	1,307	0,141	0,165	0,295
Jamais mariée (en union)	0,358	0,041	287	285	1,450	0,115	0,276	0,440
Actuellement mariée (en union)	0,607	0,035	287	285	1,200	0,057	0,538	0,676
Connaît une méthode contraceptive	0,608	0,057	171	173	1,517	0,093	0,495	0,722
A utilisé une méthode	0,336	0,053	171	173	1,463	0,158	0,230	0,442
Utilise actuellement une méthode	0,186	0,028	171	173	0,941	0,151	0,130	0,243
Utilise actuellement une méthode moderne	0,150	0,019	171	173	0,679	0,124	0,113	0,188
Utilise actuellement les injections	0,096	0,016	171	173	0,688	0,162	0,065	0,127
Utilise actuellement le condom	0,016	0,004	171	173	0,423	0,254	0,008	0,024
Utilise actuellement la continence périodique	0,036	0,023	171	173	1,576	0,626	0,000	0,081
Ne veut plus d'enfants	0,169	0,042	171	173	1,445	0,246	0,086	0,252
Veut retarder d'au moins 2 ans	0,298	0,040	171	173	1,151	0,136	0,217	0,379
Nombre d'enfants idéal	8,932	0,644	275	273	1,590	0,072	7,644	10,220
Prévalence syphilis (Abbott)	0,048	0,013	266	271	1,013	0,277	0,021	0,075
Prévalence syphilis (RPR)	0,039	0,013	265	270	1,058	0,325	0,014	0,064

na = Non applicable

Tableau B.11 Erreurs de sondage - Echantillon Antsiranana, EDSMD-III Madagascar 2003-2004

Variable	Valeur (M)	Erreur type (ET)	Population de base: Non pondérée (N)	Population de base: Pondérée (N´)	Effet de grappe (REPS)	Erreur relative (ET/M)	Intervalle de confiance: M-2ET	Intervalle de confiance: M+2ET
FEMMES								
Milieu urbain	0,168	0,019	771	539	1,372	0,110	0,131	0,205
Alphabétisée	0,748	0,018	771	539	1,162	0,024	0,711	0,784
Sans instruction	0,157	0,015	771	539	1,165	0,097	0,126	0,187
Instruction post-primaire ou plus	0,195	0,024	771	539	1,707	0,125	0,146	0,244
Taux net de fréquence scolaire (primaire)	0,767	0,047	609	490	2,266	0,061	0,673	0,861
Jamais mariée (en union)	0,148	0,018	771	539	1,437	0,124	0,111	0,184
Actuellement mariée (en union)	0,708	0,018	771	539	1,070	0,025	0,672	0,743
Mariée avant l'âge de 20 ans	0,685	0,029	622	449	1,544	0,042	0,627	0,742
Enfants nés vivants	3,298	0,173	771	539	1,611	0,052	2,952	3,643
Enfants survivants	2,874	0,156	771	539	1,677	0,054	2,561	3,186
Enfants nés vivants des femmes 40-49	6,259	0,401	144	108	1,360	0,064	5,458	7,060
Connaît une méthode contraceptive	0,875	0,018	478	381	1,197	0,021	0,839	0,911
A utilisé une méthode	0,436	0,051	478	381	2,226	0,116	0,335	0,537
Utilise actuellement une méthode	0,230	0,037	478	381	1,915	0,160	0,157	0,304
Utilise actuellement la pilule	0,072	0,022	478	381	1,894	0,312	0,027	0,116
Utilise actuellement le condom	0,012	0,008	478	381	1,599	0,652	0,000	0,029
Utilise actuellement les injections	0,071	0,022	478	381	1,877	0,312	0,027	0,115
Utilise actuellement la stérilisation féminine	0,016	0,008	478	381	1,342	0,485	0,000	0,031
Utilise actuellement la continence périodique	0,048	0,019	478	381	1,950	0,397	0,010	0,086
Utilise une source du secteur publique	0,644	0,074	140	79	1,831	0,115	0,495	0,793
Ne veut plus d'enfants	0,372	0,022	478	381	0,993	0,059	0,328	0,415
Veut retarder d'au moins 2 ans	0,265	0,027	478	381	1,337	0,102	0,211	0,319
Nombre d'enfants idéal	5,024	0,132	733	507	1,663	0,026	4,759	5,289
Mères reçues injection antitétanique	0,505	0,042	341	284	1,704	0,084	0,421	0,590
Mères reçues assistance médicale à l'accouchement	0,518	0,038	491	433	1,616	0,073	0,442	0,595
Diarrhée dans les 2 dernières semaines	0,082	0,018	460	398	1,555	0,221	0,046	0,118
A reçu le traitement SRO	0,123	0,040	36	33	0,828	0,326	0,043	0,202
A consulté du personnel médical	0,319	0,084	36	33	1,269	0,264	0,150	0,487
Ayant un carnet de santé, vu	0,496	0,067	75	68	1,331	0,136	0,361	0,631
A reçu vaccination BCG	0,472	0,066	75	68	1,299	0,139	0,340	0,603
A reçu vaccination DTC (3 doses)	0,319	0,067	75	68	1,421	0,211	0,185	0,453
A reçu vaccination polio (3 doses)	0,350	0,061	75	68	1,263	0,174	0,228	0,472
A reçu vaccination rougeole	0,382	0,058	75	68	1,183	0,152	0,266	0,499
Vacciné contre toutes les maladies	0,291	0,054	75	68	1,174	0,186	0,183	0,399
Taille pour âge (-2ET)	0,312	0,058	253	217	2,121	0,185	0,196	0,427
Poids pour taille (-2ET)	0,145	0,021	253	217	0,970	0,145	0,103	0,188
Poids pour âge (-2ET)	0,285	0,057	253	217	2,182	0,200	0,171	0,399
Anémie chez les enfants	0,727	0,031	150	129	0,894	0,043	0,665	0,790
Anémie chez les femmes	0,634	0,046	265	180	1,516	0,072	0,543	0,725
Indice de masse corporelle sous 18,5	0,125	0,030	676	457	2,331	0,241	0,065	0,186
Indice synthétique de fécondité (3 ans)	4,844	0,393	na	1615	1,536	0,081	4,059	5,630
Quotient de mortalité néonatale (10 ans)	25,150	9,281	1002	883	1,853	0,369	6,589	43,712
Quotient de mortalité post-néonatale (10 ans)	42,431	8,553	1003	883	1,426	0,202	25,326	59,537
Quotient de mortalité infantile (10 ans)	67,582	14,033	1003	883	1,830	0,208	39,516	95,648
Quotient de mortalité juvénile (10 ans)	52,424	7,867	1011	890	1,226	0,150	36,690	68,157
Quotient de mortalité infanto-juvénile (10 ans)	116,463	16,359	1012	891	1,621	0,140	83,746	149,180
Prévalence syphilis (Abbott)	0,113	0,022	265	164	1,112	0,191	0,070	0,157
Prévalence syphilis (RPR)	0,071	0,022	264	164	1,381	0,307	0,028	0,115
HOMMES								
Milieu urbain	0,108	0,016	237	195	0,795	0,149	0,076	0,140
Alphabétisé	0,741	0,034	237	195	1,186	0,046	0,673	0,809
Sans instruction	0,124	0,018	237	195	0,837	0,145	0,088	0,160
Instruction post-primaire ou plus	0,260	0,033	237	195	1,146	0,126	0,194	0,325
Jamais mariée (en union)	0,323	0,026	237	195	0,860	0,081	0,271	0,376
Actuellement mariée (en union)	0,619	0,024	237	195	0,754	0,039	0,572	0,667
Connaît une méthode contraceptive	0,918	0,018	145	121	0,775	0,019	0,883	0,953
A utilisé une méthode	0,508	0,084	145	121	2,019	0,166	0,339	0,676
Utilise actuellement une méthode	0,335	0,077	145	121	1,965	0,231	0,181	0,490
Utilise actuellement une méthode moderne	0,238	0,080	145	121	2,253	0,336	0,078	0,398
Utilise actuellement les injections	0,086	0,034	145	121	1,438	0,390	0,019	0,153
Utilise actuellement le condom	0,054	0,033	145	121	1,764	0,614	0,000	0,121
Utilise actuellement la continence périodique	0,097	0,030	145	121	1,231	0,313	0,037	0,158
Ne veut plus d'enfants	0,339	0,052	145	121	1,326	0,154	0,234	0,444
Veut retarder d'au moins 2 ans	0,344	0,039	145	121	0,997	0,115	0,265	0,423
Nombre d'enfants idéal	5,670	0,232	211	174	1,003	0,041	5,206	6,134
Prévalence syphilis (Abbott)	0,099	0,022	230	197	1,098	0,219	0,055	0,142
Prévalence syphilis (RPR)	0,045	0,014	228	194	1,032	0,315	0,017	0,074

na = Non applicable

TABLEAU POUR L'ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DES DONNÉES

ANNEXE C

Tableau C.1 Répartition par âge de la population des ménages

Répartition de la population (de fait) des ménages par année d'âge selon le sexe (pondéré), EDSMD-III Madagascar 2003-2004

	Hommes		Femmes			Hommes		Femmes	
Âge	Effectif	%	Effectif	%	Âge	Effectif	%	Effectif	%
0	685	3,7	627	3,3	36	143	0,8	185	1,0
1	592	3,2	721	3,8	37	165	0,9	186	1,0
2	515	2,7	533	2,8	38	168	0,9	183	1,0
3	689	3,7	674	3,6	39	189	1,0	161	0,9
4	613	3,3	602	3,2	40	222	1,2	258	1,4
5	552	2,9	448	2,4	41	159	0,9	184	1,0
6	820	4,4	719	3,8	42	150	0,8	140	0,7
7	708	3,8	595	3,2	43	147	0,8	181	1,0
8	608	3,2	663	3,5	44	159	0,8	175	0,9
9	482	2,6	469	2,5	45	208	1,1	166	0,9
10	612	3,3	679	3,6	46	127	0,7	172	0,9
11	466	2,5	418	2,2	47	131	0,7	110	0,6
12	671	3,6	534	2,8	48	132	0,7	121	0,6
13	529	2,8	501	2,7	49	105	0,6	83	0,4
14	492	2,6	545	2,9	50	162	0,9	213	1,1
15	385	2,1	293	1,6	51	115	0,6	140	0,7
16	347	1,9	294	1,6	52	100	0,5	149	0,8
17	366	2,0	298	1,6	53	60	0,3	114	0,6
18	464	2,5	426	2,3	54	102	0,5	124	0,7
19	235	1,3	289	1,5	55	80	0,4	93	0,5
20	401	2,1	368	2,0	56	98	0,5	94	0,5
21	221	1,2	248	1,3	57	52	0,3	58	0,3
22	268	1,4	251	1,3	58	56	0,3	44	0,2
23	259	1,4	246	1,3	59	31	0,2	41	0,2
24	296	1,6	316	1,7	60	99	0,5	130	0,7
25	301	1,6	304	1,6	61	66	0,4	38	0,2
26	219	1,2	316	1,7	62	67	0,4	64	0,3
27	220	1,2	221	1,2	63	41	0,2	71	0,4
28	260	1,4	281	1,5	64	33	0,2	56	0,3
29	241	1,3	232	1,2	65	74	0,4	72	0,4
30	335	1,8	318	1,7	66	31	0,2	36	0,2
31	175	0,9	216	1,1	67	31	0,2	34	0,2
32	204	1,1	233	1,2	68	47	0,2	36	0,2
33	157	0,8	202	1,1	69	50	0,3	38	0,2
34	160	0,9	196	1,0	70+	332	1,8	380	2,0
35	247	1,3	237	1,3	NSP/ND	3	0,0	5	0,0
					Total	18 733	100,0	18 845	100,0

Note : La population de fait comprend tous les résidents et les non-résidents qui ont dormi dans le ménage la nuit ayant précédé l'enquête.

Tableau C.2.1 Répartition par âge des femmes éligibles et des femmes enquêtées

Répartition (en %) par groupe d'âges quinquennal de la population (de fait) des femmes de 10-54 ans dans l'enquête ménage et des femmes de 15-49 ans enquêtées, et pourcentage de femmes éligibles qui ont été enquêtées (pondéré), EDSMD-III Madagascar 2003-2004

Groupe d'âges	Effectif de femmes dans l'enquête ménage de 10-54	Femmes interviewées 15-49 Effectif	Pourcentage	Effectif de femmes enquêtées (pondéré)
10-14	2 677	na	na	na
15-19	1 600	1 504	19,3	94,0
20-24	1 428	1 357	17,4	95,1
25-29	1 355	1 315	16,9	97,0
30-34	1 166	11 30	14,5	96,9
25-39	952	924	11,9	97,0
40-44	938	908	11,7	96,8
45-49	652	641	8,2	98,3
50-54	739	na	na	na
15-49	8 092	7 780	100,0	96,1

Note : La population de fait comprend tous les résidents et les non-résidents qui ont dormi dans le ménage la nuit ayant précédé l'enquête. Dans ce tableau, les pondérations utilisées sont celles de l'enquête ménage.
na = Non applicable

Tableau C.2.2 Répartition par âge des hommes éligibles et des hommes enquêtés

Répartition (en %) par groupe d'âges quinquennal de la population (de fait) des hommes de 10-64 ans dans l'enquête ménage et des hommes de 15-64 ans enquêtés, et pourcentage des hommes éligibles qui ont été enquêtés (pondéré), EDSMD-III Madagascar 2003-2004

Groupe d'âges	Effectif d'hommes dans l'enquête ménage de 10-64	Hommes interviewés 15-59 Effectif	Pourcentage	Pourcentage d'hommes enquêtés (pondéré)
10-14	938	na	na	na
15-19	479	418	17,1	87,3
20-24	455	420	17,2	92,3
25-29	419	394	16,1	93,9
30-34	299	262	10,7	87,6
25-39	313	293	12,0	93,9
40-44	253	238	9,7	94,0
45-49	216	206	8,4	95,6
50-54	144	133	5,4	92,4
55-59	86	83	3,4	96,6
60-64	115	na	na	na
15-59	2 663	2 447	100,0	91,9

Note : La population de fait comprend tous les résidents et les non-résidents qui ont dormi dans le ménage la nuit ayant précédé l'enquête. Dans ce tableau, les pondérations utilisées sont celles de l'enquête ménage.
na = Non applicable

Tableau C.3 Complétude de l'enregistrement

Pourcentage d'informations manquantes pour certaines questions démographiques et de santé, EDSMD-III Madagascar 2003-2004

Type d'information	Groupe de référence	Pourcentages informations manquantes	Effectif
Date de naissance	Naissances des 15 dernières années		
Mois uniquement		10,6	
Mois et année		0,7	17 118
Âge au décès	Naissances des 15 dernières années	0,2	1 959
Âge/date de la 1ere union[1]	Femmes non-célibataires	0,3	6 256
Niveau d'instruction de l'enquêtée	Toutes les femmes	0,0	7 949
Diarrhée dans les 2 dernières semaines	Enfants vivants de 0-59 mois	3,0	5 841
Anthropométrie[2]	Enfants vivants de 0-59 mois		
Taille		4,4	6 215
Poids		4,4	6 215
Taille ou poids		4,6	6 215
Anémie[3]			
Anémie chez les enfants sélectionnées	Enfants vivants de 6-59 mois (à partir du questionnaire ménage)	5,0	1 871
Anémie chez les femmes sélectionnées	Toutes les femmes (à partir du questionnaire ménage)	5,6	2 713

[1] Sans information pour l'âge et l'année
[2] Enfant non mesuré
[3] Non testé(e)

Tableau C.4 Naissances par année du calendrier depuis la naissance

Répartition des naissances par année du calendrier depuis la naissance pour les enfants survivants(S), décédés (D), et l'ensemble des enfants (E), selon le pourcentage de ceux ayant une date de naissance complète, rapport de masculinité à la naissance et rapport de naissances annuelles (pondéré), EDSMD-III Madagascar 2003-2004

Année de calendrier	Effectif des naissances			Pourcentage avec une date de naissance complète[1]			Rapport de masculinité à la naissance[2]			Rapport de naissances annuelles[3]		
	S	D	E	S	D	E	S	D	E	S	D	E
2004	99	0	99	100,0	na	100,0	119,0	na	119,0	na	na	na
2003	1 251	87	1 338	99,6	95,6	99,4	103,6	175,5	107,1	na	na	na
2002	1 262	79	1 340	99,3	94,2	99,0	88,9	76,5	88,1	111,0	90,1	109,5
2001	1 021	88	1 110	98,1	94,3	97,8	88,0	90,8	88,2	81,7	86,5	82,0
2000	1 240	125	1 365	98,6	93,7	98,1	96,2	93,4	96,0	118,3	158,0	121,1
1999	1 074	70	1 145	98,3	86,8	97,6	97,6	135,2	99,5	100,5	61,5	96,8
1998	897	103	1 000	97,6	88,1	96,6	106,9	145,8	110,3	72,4	83,0	73,4
1997	1 403	178	1 582	86,1	66,8	84,0	118,7	111,9	117,9	144,4	125,9	142,0
1996	1 047	180	1 227	83,1	75,8	82,0	99,4	155,7	106,1	86,8	101,2	88,6
1995	1 010	178	1 188	83,9	68,6	81,6	97,5	96,2	97,3	104,9	115,9	106,4
1995-1999	4 873	379	5 252	99,0	94,4	98,6	94,7	102,6	95,2	na	na	na
1990-1994	5 431	710	6 141	89,4	74,6	87,7	104,6	123,8	106,6	na	na	na
1985-1989	4 230	754	4 984	84,1	61,3	80,6	105,0	116,5	106,7	na	na	na
< 1985	5 745	1 266	7 011	83,1	61,2	79,1	112,4	116,3	113,1	na	na	na
Ensemble	20 279	3 109	23 388	88,8	68,3	86,1	104,3	116,2	105,8	na	na	na

[1] Mois et année de naissance déclarés
[2] $(N_m/N_f) \times 100$, où N_m est le nombre de naissances masculines et N_f est le nombre de naissances féminines
[3] $[2N_x/(N_{x-1}+N_{x+1})] \times 100$, où N_x est le nombre de naissances de l'année x
na = Non applicable

Tableau C.5 Enregistrement de l'âge au décès en jours

Répartition des décès survenus, d'après les déclarations, à moins de 1 mois, selon l'âge au décès en jours, et pourcentage de décès néonatals survenus, d'après les déclarations, aux âges de 0-6 jours, par période de cinq ans précédant l'enquête, EDSMD-III Madagascar 2003-2004

Âge au décès en jours	Nombre d'années précédant l'enquête 0-4	5-9	10-14	15-19	Total 0-19
<1	54	81	47	30	213
1	45	36	30	7	120
2	10	8	6	4	29
3	9	12	14	12	47
4	9	5	9	1	23
5	5	5	5	1	17
6	1	5	0	2	8
7	34	36	43	29	143
10	6	2	1	0	9
12	1	0	1	0	3
14	2	2	6	4	14
15	7	16	17	6	46
17	1	0	0	0	2
19	0	2	0	0	2
20	1	4	0	1	6
21	5	5	5	3	18
28	0	2	0	0	2
30	0	3	0	0	3
Ensemble 0-30	192	226	187	101	706
% néonatal précoce[1]	70	68	60	57	65

[1] 0-6 jours/0-30 jours

Tableau C.6 Enregistrement de l'âge au décès en mois

Répartition des décès survenus, d'après les déclaration, à moins de deux ans, selon l'âge au décès en mois, et pourcentage de décès survenus, d'après les déclarations, à moins de un mois, par période de cinq ans précédant l'enquête, EDSMD-III Madagascar 2003-2004

Âge au décès en mois	Nombre d'années précédant l'enquête				Total
	0-4	5-9	10-14	15-19	0-19
<1[1]	192	226	187	101	706
1	27	34	13	17	91
2	14	38	25	12	89
3	17	25	19	15	76
4	13	11	14	8	46
5	11	19	8	15	53
6	22	40	37	11	109
7	9	16	14	15	54
8	9	39	8	12	68
9	11	19	20	13	63
10	5	14	18	5	43
11	10	5	4	1	20
12	5	8	7	1	21
13	0	6	0	0	6
14	0	0	2	0	2
15	0	0	0	2	2
16	0	0	0	1	1
17	2	0	0	0	2
18	11	7	9	11	38
19	3	0	0	0	4
20	2	2	0	2	6
22	0	0	1	0	1
24+	0	4	0	0	4
1 an[2]	31	89	75	53	247
Ensemble 0-11	340	485	367	225	1418
% néonatal[3]	56	47	51	45	50

[1] Y compris les décés survenus à moins de 1 mois, déclarés en jours
[2] Age au décés déclaré est 1 an au lieu de 12 mois
[3] (Moins de 1 mois/moins de 1 an) × 100

PERSONNEL DE L'EDSMD-III 2003-2004 — ANNEXE D

PERSONNEL NATIONAL

Directeur National du projet
RANDRETSA Iarivony
Directeur de la Démographie et des Statistiques Sociales

Directeur Technique
RABEZA Rafaralahy Victor
Direction de la Démographie et des Statistiques Sociales

Coordonnateurs
RAMBELOSON Valérie
RANDRIAMANJAKASOA Jean Harvel
RAZAFIMIARANTSOA Tovonirina Théodore
Direction de la Démographie et des Statistiques Sociales

Coordonnateur national en santé
Docteur RAZAFINDRAMONJY Jean
Ministère de la Santé et du Planning Familial

Coordinatrice en Informatique
RAKOTOVELO Lydia Denise Lala Arimino
Direction de la Démographie et des Statistiques Sociales

Contrôleurs de bureau Informatique
ANDRIANARIVONY Hery Lantonandrianina
RAHANIRAKA RAZANADRAKOTO Hery-Tiana

Contrôleuses-Vérificateur
RASOAZANARIVO Lala
ANDRIAMAROZAKA Voahangy
RAMAROMAMANGA Mamitiana Tantely

Secrétaires
RAMIANDRISOA Njararivelo
RAKOTONDRASOA Hanitra

Agents cartographes (cartographie et dénombrement des ménages)

ANDRIANJAFY Naivo Patrice
ANDRIANARIVONY Hery Lantonandrianina
HERIMANDRESY Andriambelomanana
RABARISON Andrianarifetra
RABARISON Mamiharinaivo
RABENARIVELO Tovo Roberto
RAHERIJAONA Mamitiana Richard
RAKOTO RAMAKASOA Jaona Arilala
RAKOTONDRASININA Julien
RAKOTONDRAJAONA Laza
RAKOTONDRABAKO Lalarifidy
RAKOTONDRAZAKA Henri Georges
RAMANGATSIHOARANA Charles Désiré
RAMAHAZOMANANA Serge
RANDRIAMBOLAHASINA Joseph
RANDRIANASOLO Rivosoa
RASAMIMANANA Hery Fréderic
RATRIMOMANJAKA Herivelo Richard

Chefs d'équipe (enquête principale)

ANDRIANJAFY Naivo Patrice
GIZAVO Nospah Ernest
NY AVANA RANARIFIDY Jean Richard
RABARISON Andrianantenaina BienAimé
RAFALIMANANTSOA Herimalala Elson Lick
RAKOTO RAMAKASOA Jaona Arilala
RAKOTOMALALA Sylvain
RAKOTONDRAMANANA Fidiniaina Hilda
RANDRIAMBELO Mamitiana
RANDRIANIMBONANA André Florin
RATOVONDRAHONA Christian

Contrôleuses (enquête principale)

HOLISAM Mario Lydie
RABAKOSON Voahangy Liva
RAKOTOARISOA Henintsoa Voahirana
RAKOTOARISOA Fanja Clara
RAKOTOARIVONY Fara Herizo
RAMAMONJISOA Wily Charline
RAMPARAOELINA Haingonantenaina
RANDRIANANTENAINA Hantarisolo Lynah
RAOLIARIMALALA Lantoniaina Miza
RASOARITOMPO Georgette
RASOLONANTENAINA Hely Vololona

Enquêtrices médicales

RABODONIRINA Josiane Lydie
RAHAINGOARISOA Zoly Ubaldine
RAHARIMAMONJY Abelline
RAHARINORO Hanitra Olga
RAHARISANA Gaie
RAHARISOAVEROMANANA Clémentine
RAHERITIANA Faranandrasana
RAKOTOMALALA Hanitra Solofon'Oliva
RAKOTOMANGA Elvire Vero HAnitra
RAKOTONDRABE Felabolanoro Sarindra
RAKOTONDRAZAKA Holiarisoa Mbolatina
RAKOTONIRINA Zoto Fanorenana Avotrinisoa
RANDRIAMALALA Njarasoa Charles Oliviette
RANDRIANALISON Harinivo Zina
RANDRIANANTOANDRO Harisoa Haingo
RASOARINORO Jeanine
RATIANARIVOLA Olimalala Philbertine
RAZAFIARISOA Nirina Tahinasoa Anita
RAZAFIMIANDRISOA Hajaritiana Marie Lydia
RAZANAMANGA Josephine
RAZANAMIHANTARISOA Pierrette Florina
TOTOZAFY Harisoa Véronique

Enquêtrices simples

BELAMY Manitra Soatsaravonjy
FANJANIRINA Michèle
HERILANTO LALATIANA Marie Solange
MANANJARASOA Rindra Mahatanasoa
RABENEFA Ruth Josea
RAHARIMALALA Tahiana Herimino
RAKOTOMALALA Tsiri-tsahondra Nyanah
RAMANANDRAIBE Ony Lalaina
RANAIVOSON Vonjy Njara
RANDRIANARIVONY Lanto
VONINTSOA Ranja

Techniciens de laboratoire

RABEMANANTSOA Samoelinirina H.
RAKOTOARISOA HAarivao Jersey
RAKOTONDRAINIARIVELO Jean Philippe
RAKOTONDRAVOLA Randrianiaina Justin L.
RANAIVOJAONA Hajanarivo Nirina
RANDRIAMAHANINA Finaritra Harijaona
RANDRIAMANANA Jean Jacques
RATOLOJANAHARY Jean Christophe
RAZAFIMBELO Herilaza Maharo Jeannot
RAZAFINDRATSIMA Rijanarindra
RAJAONARILALA Menjanirina Jonah

Chauffeurs

RAKOTOMIHANTA Rubis
RANDRIAMANJATOHERY Aurélien
RASOLOJOELINA Didier
ANDRIANARIVELO Nirina Haja
RAMAROSANDRATANA Marc
RANDRIAMAHERISON Alain
RAKOTONIRINA Emmanuel Joachim
RAMANANTSOA Charles
RASOLOFONIAINA Nirina
RAJAONSON Aubierge

Agents de saisie

RAZAFIARISOA Patricia
RAKOTOMALALA Haingolalaina
FELANARIMANANA Tsiriniaina
RAVELOARINORO Rojo Jemima
RAJAONARY RABAKOSON Aina Tiana M.
RAZAFIARISAO Patricia
RABEARIFIDY Lalaina Nirilanto
RAVALISON Raboana Josefa
RAZAFIMANDIMBY Narilanto
RASOARIJAO Voahangy

Institut Pasteur - Madagascar

Test de rougeole et de syphilis TPHA

Direction Dr Philippe MAUCLERE	Directeur de l'Institut Pasteur de Madagascar BP 1274 Antananarivo 101 Tél : (261) 20 22 401 64 / 401 65 / 412 72 Fax : (261) 20 22 415 34 Email : mauclere@pasteur.mg
Unité de virologie pour le test de la rougeole Dr Dominique ROUSSET John ANDRIAMANOVOSOA Josette RAZAINIRINA	 Biologiste Technicien de laboratoire Technicienne de laboratoire
Centre de biologie Clinique pour le test TPHA pour la syphilis Dr P. COMBE Dr P. GROSJEAN Henriette RAMALAHANOHARANA	 Biologiste Biologiste Surveillante

Laboratoire Baxter Bioscience Health-Care – États Unis
Test de tétanos

Max P. Kristiansen, MS	Research Scientist Baxter Bioscience Health-Care Beltsville, Maryland États Unis Tél: (301) 419-8933 Email: max_kristiansen@baxter.com

ORC Macro
Assistance technique

AYAD Mohamed	Coordination du projet
MARIKO Soumaila	Coordination du projet
MARIKO Soumaïla	Préparation des contrats
MARIKO Soumaïla	Adaptation des questionnaires DHS
MARIKO Soumaïla	Développement du questionnaire de prélèvement de sang pour le test de l'anémie, de la syphilis, du tétanos et de la rougeole
WAY Ann	Édition du questionnaire de prélèvement de sang pour les tests de l'anémie, de la syphilis, du tétanos et de la rougeole
AYAD Mohamed	Édition partielle du questionnaire de prélèvement de sang pour les tests de l'anémie, de la syphilis, du tétanos et de la rougeole
PURVIS Keith	Traitement des données et tabulation
ABDERRAHIM Noureddine	Tabulation partielle des données
MARIKO Soumaïla	Formation du questionnaire
MARIKO Soumaïla	Formation des infirmières et des techniciens de laboratoire
THIAM Mamadou	Sondage
RUILIN Ren	Sondage
MARIKO Soumaïla	Rédaction du rapport
WAY Ann	Rédaction du rapport
SULLIVAN Jeremiah	Rédaction du rapport
RUTSTEIN Shea	Rédaction du rapport
AYAD Mohamed	Rédaction du rapport
BARRÈRE Monique	Rédaction et édition du rapport
PACQUE Michel	Révision du chapitre syphilis et celui du tétanos et de la rougeole
VADNAIS Daniel	Documents de dissémination
SENZEE Katherine	Documents de dissémination
JEZIOREK Monika	Documents de dissémination
MOORE Sidney	Édition du rapport
MITCHELL Kaye	Production du rapport
JEZIOREK Monika	Conception de l'affiche et couverture du rapport

QUESTIONNAIRES

ANNEXE **E**

ENQUÊTE DÉMOGRAPHIQUE ET DE SANTÉ-2003
QUESTIONNAIRE MÉNAGE

REPUBLIQUE DE MADAGASCAR
INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE

[Confidentiel]

DIRECTION DE LA DÉMOGRAPHIE ET DES STATISTIQUES SOCIALES

IDENTIFICATION	
NOM DE LA LOCALITÉ________	
NOM DU CHEF DE MÉNAGE ________	
NUMÉRO DE GRAPPE	GRAPPE
NUMÉRO DU MÉNAGE........	MÉNAGE
PROVINCE (FARITANY)	PROVINCE
COMMUNE	VIL./COM.
URBAIN/RURAL (URBAIN=1, RURAL=2)	URBAIN/RURAL
GRANDE VILLE/ AUTRE- VILLE/ RURAL........ (Antananarivo =1, Autre-Ville =2, , Rural =3)	RÉSIDENCE
MÉNAGE SÉLECTIONNÉ POUR ENQUÊTE HOMME/TEST D'ANÉMIE/TEST DE SYPHILIS (OUI=1 NON=2)	
MÉNAGE SÉLECTIONNÉ POUR TEST DE TÉTANOS/TEST DE LA ROUGEOLE? (OUI=1 NON=2).....	

VISITES D'ENQUÊTRICES/ENQUÊTEURS				
	1	2	3	VISITE FINALE
DATE	________	________	________	JOUR MOIS ANNÉE 2 0 0 3
NOM DE L'ENQUÊTRICE	________	________	________	NOM
RÉSULTAT*	________	________	________	RÉSULTAT
PROCHAINE VISITE :DATE HEURE	________ ________	________ ________		NBRE TOTAL DE VISITES

*CODES RÉSULTATS:
1 REMPLI
2 PAS DE MEMBRE DU MÉNAGE À LA MAISON OU PAS D'ENQUÊTÉ COMPÉTENT AU MOMENT DE LA VISITE
3 MÉNAGE TOTALEMENT ABSENT POUR UNE LONGUE PÉRIODE
4 DIFFÉRÉ
5 REFUSÉ
6 LOGEMENT VIDE OU PAS DE LOGEMENT À L'ADRESSE
7 LOGEMENT DÉTRUIT
8 LOGEMENT NON TROUVÉ
9 AUTRE ________
(PRÉCISER)

TOTAL DANS LE MÉNAGE

TOTAL DE FEMMES ÉLIGIBLES

TOTAL DES HOMMES ÉLIGIBLES

N° LIGNE ENQUÊTÉ POUR QUESTION. MÉNAGE

CONTRÔLEUSE	CHEF D'ÉQUIPE	CONTRÔLE BUREAU	SAISI PAR
NOM ________ DATE ________	NOM ________ DATE ________		

TABLEAU DE MÉNAGE

Nous voudrions, maintenant, des renseignements sur les personnes qui vivent habituellement dans votre ménage ou qui vivent chez vous actuellement.

N°.LI-GNE	RÉSIDENTS HABITUELS ET VISITEURS	LIEN AVEC LE CHEF DE MÉNAGE	SEXE	RÉSIDENCE		ÂGE	ÉLIGIBILITÉ		
	S' il vous plait, donnez-moi le nom des personnes qui vivent habituellement dans votre ménage et des visiteurs qui ont passé la nuit dernière ici, en commençant par le chef de ménage	Quel est le lien de parenté de (NOM) avec le chef de ménage?*	(NOM) est-il de sexe masculin ou féminin?	(NOM) vit-il/elle ici habituel-lement?	(NOM) a-t-il/elle dormi ici la nuit dernière ?	Quel âge a (NOM)?	ENTOURER LE NUMÉRO DE LIGNE DE TOUTES LES FEMMES ÂGÉES DE 15-49 ANS	ENTOURER LE NUMÉRO DE LIGNE DE TOUS LES HOMMES ÂGÉS DE 15-59 ANS	ENTOU-RER LE NUMÉRO DE LIGNE DE TOUS LES ENFANTS DE MOINS DE 6 ANS
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(8A)	(9)
			H F	OUI NON	OUI NON	EN ANNÉES			
01			1 2	1 2	1 2		01	01	01
02			1 2	1 2	1 2		02	02	02
03			1 2	1 2	1 2		03	03	03
04			1 2	1 2	1 2		04	04	04
05			1 2	1 2	1 2		05	05	05
06			1 2	1 2	1 2		06	06	06
07			1 2	1 2	1 2		07	07	07
08			1 2	1 2	1 2		08	08	08
09			1 2	1 2	1 2		09	09	09
10			1 2	1 2	1 2		10	10	10

* CODES POUR Q.3: LIENS DE PARENTÉ AVEC LE CHEF DE MÉNAGE :

01 = CHEF DE MÉNAGE
02 = MARI OU FEMME
03 = FILS OU FILLE
04 = GENDRE OU BELLE-FILLE
05 = PETIT-FILS OU PETITE FILLE
06 = PÈRE OU MÈRE
07 = BEAU-PÈRE OU BELLE MÈRE
08 = FRÈRE OU SOEUR
10 = AUTRES PARENTS
11 = ENFANTS ADOPTÉS/EN GARDE
12 = SANS PARENTÉ
98 = NE SAIT PAS

N°.LIGNE	SURVIE ET RÉSIDENCE DES PARENTS POUR PERSONNES DE MOINS DE 15 ANS **				INSTRUCTION									
	Est-ce que la mère biologique de (NOM) est toujours en vie?	SI EN VIE Est-ce que la mère biologique de (NOM) vit dans ce ménage? SI OUI: Quel est son nom? INSCRIRE N° DE LIGNE DE LA MÈRE	Est ce que le père biologique de (NOM) est toujours en vie?	SI EN VIE Est-ce que le père biologique de (NOM) vit dans ce ménage? SI OUI: Quel est son nom? INSCRIRE N° DE LIGNE DU PÈRE	SI ÂGÉ DE 5 ANS OU PLUS			SI ÂGÉ DE 5-24 ANS						
					(NOM) a-til/elle fré-quenté l'école?	Quel est le plus haut niveau d'études que (NOM) a atteint?*** Quelle est la dernière classe que (NOM) a-t-il/elle achevé à ce niveau? ***		(NOM) fréquente-t-il actuelle-ment l'école?	Au cours de cette année scolaire, (NOM) a-t-il/elle fréquen-té l'école à un certain mo-ment?	Au cours de cette année scolaire, à quel niveau et dans quelle classe était (NOM)?***		Au cours de l'année scolaire précé-dente, NOM) a-t-il/elle fréquen-té l'école à un cer-tain mo-ment ?	Durant l'année scolaire précédente, à quel niveau et dans quelle classe était (NOM)? ***	
	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)		(16) [1]	(17) [1]	(18) [1]		(19)	(20)	
	OUI NON NSP		OUI NON NSP		OUI NON	NIVEAU	CLASSE	OUI NON	OUI NON	NIVEAU	CLASSE	OUI NON	NIVEAU	CLASSE
01	1 2 8		1 2 8		1 2 LIGNE. SUIVANT.			1 2 ALLER À 18	1 2 ALLER À 19			1 2 LIGNE. SUIVANT.		
02	1 2 8		1 2 8		1 2 LIGNE. SUIVANT.			1 2 ALLER À 18	1 2 ALLER À 19			1 2 LIGNE. SUIVANT.		
03	1 2 8		1 2 8		1 2 LIGNE. SUIVANT.			1 2 ALLER À 18	1 2 ALLER À 19			1 2 LIGNE. SUIVANT.		
04	1 2 8		1 2 8		1 2 LIGNE. SUIVANT.			1 2 ALLER À 18	1 2 ALLER À 19			1 2 LIGNE. SUIVANT.		
05	1 2 8		1 2 8		1 2 LIGNE. SUIVANT.			1 2 ALLER À 18	1 2 ALLER À 19			1 2 LIGNE. SUIVANT.		
06	1 2 8		1 2 8		1 2 LIGNE. SUIVANT.			1 2 ALLER À 18	1 2 ALLER À 19			1 2 LIGNE. SUIVANT.		
07	1 2 8		1 2 8		1 2 LIGNE. SUIVANT.			1 2 ALLER À 18	1 2 ALLER À 19			1 2 LIGNE. SUIVANT.		
08	1 2 8		1 2 8		1 2 LIGNE. SUIVANT.			1 2 ALLER À 18	1 2 ALLER À 19			1 2 LIGNE. SUIVANT.		
09	1 2 8		1 2 8		1 2 LIGNE. SUIVANT.			1 2 ALLER À 18	1 2 ALLER À 19			1 2 LIGNE. SUIVANT.		
10	1 2 8		1 2 8		1 2 LIGNE. SUIVANT.			1 2 ALLER À 18	1 2 ALLER À 19			1 2 LIGNE. SUIVANT.		

** Q.10 À Q.13
CES QUESTIONS CONCERNENT LES PARENTS BIOLOGIQUES DE L'ENFANT. AUX Q.11 ET Q.13, NOTER '00' SI LES PARENTS NE SONT PAS MEMBRES DU MÉNAGE.

[1] Lorsque l'interview se déroule pendant les vacances scolaires, utiliser les formulations suivantes :

(16)	(17)	(18)
(NOM) a-t-il/elle fréquenté pendant l'année scolaire qui vient de se terminer?	Au cours de l'année scolaire qui vient de se terminer, (NOM) a-t-il/elle fréquen-té l'école à un certain moment?	Au cours de l'année scolaire qui vient de se terminer, à quel niveau et dans quelle classe était (NOM)?***

***CODES POUR Q.15, 18 ET 20: NIVEAU D'EDUCATION				
NIVEAU	PRIMAIRE = 1	SECONDAIRE 1 = 2	SECONDAIRE 2 = 3	SUPERIEUR = 4
CLASSE	0 = MOINS D'UNE ANNÉE ACHEVÉE			
	T1 = 1 T2 = 2 T3 = 3 T4 = 4 T5 = 5 NSP = 8	T6 =6 ème = 1 T7 =5 ème = 2 T8 =4 ème = 3 T9 =3 ème = 4 NSP = 8	T10 =2nd = 1 T11 =1ère = 2 T12 =Terminale = 3 NSP = 8	1 ère année = 1 2 ème année = 2 3 ème année = 3 4 ème année = 4 5 ème année ou + = 5 NSP = 8

N° LIGNE	RÉSIDENTS HABITUELS ET VISITEURS	LIEN AVEC LE CHEF DE MÉNAGE	SEXE	RÉSIDENCE		ÂGE	ÉLIGIBILITÉ		
	S' il vous plait, donnez-moi le nom des personnes qui vivent habituellement dans votre ménage et des visiteurs qui ont passé la nuit dernière ici, en commençant par le chef de ménage	Quel est le lien de parenté de (NOM) avec le chef de ménage?*	(NOM) est-il de sexe masculin ou féminin?	(NOM) vit-il/elle ici habituel-lement?	(NOM) a-t-il/elle dormi ici la nuit dernière ?	Quel âge a (NOM)?	ENTOURER LE NUMÉRO DE LIGNE DE TOUTES LES FEMMES ÂGÉES DE 15-49 ANS	ENTOURER LE NUMÉRO DE LIGNE DE TOUS LES HOMMES ÂGÉS DE 15-59 ANS	ENTOU-RER LE NUMÉRO DE LIGNE DE TOUS LES ENFANTS DE MOINS DE 6 ANS
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(8A)	(9)
			H F	OUI NON	OUI NON	EN ANNÉES			
11			1 2	1 2	1 2		01	01	01
12			1 2	1 2	1 2		02	02	02
13			1 2	1 2	1 2		03	03	03
14			1 2	1 2	1 2		04	04	04
15			1 2	1 2	1 2		05	05	05
16			1 2	1 2	1 2		06	06	06
17			1 2	1 2	1 2		07	07	07
18			1 2	1 2	1 2		08	08	08
19			1 2	1 2	1 2		09	09	09
20			1 2	1 2	1 2		10	10	10

* CODES POUR Q.3: LIENS DE PARENTÉ AVEC LE CHEF DE MÉNAGE :

01 = CHEF DE MÉNAGE
02 = MARI OU FEMME
03 = FILS OU FILLE
04 = GENDRE OU BELLE-FILLE
05 = PETIT-FILS OU PETITE FILLE
06 = PÈRE OU MÈRE
07 = BEAU-PÈRE OU BELLE MÈRE
08 = FRÈRE OU SOEUR
10 = AUTRES PARENTS
11 = ENFANTS ADOPTÉS/EN GARDE
12 = SANS PARENTÉ
98 = NE SAIT PAS

N°.LIGNE	SURVIE ET RÉSIDENCE DES PARENTS POUR PERSONNES DE MOINS DE 15 ANS **				INSTRUCTION									
	Est-ce que la mère biologique de (NOM) est toujours en vie?	SI EN VIE	Est ce que le père biologique de (NOM) est toujours en vie?	SI EN VIE	SI ÂGÉ DE 5 ANS OU PLUS			SI ÂGÉ DE 5-24 ANS						
		Est-ce que la mère bio-logique de (NOM) vit dans ce ménage? SI OUI: Quel est son nom? INSCRIRE N° DE LIGNE DE LA MÈRE		Est-ce que le père bio-logique de (NOM) vit dans ce ménage? SI OUI: Quel est son nom? INSCRIRE N° DE LIGNE DU PÈRE	(NOM) a-til/elle fré-quenté l'école?	Quel est le plus haut niveau d'études que (NOM) a atteint?*** Quelle est la dernière classe que (NOM) a-t-il/elle achevé à ce niveau? ***		(NOM) fréquente-t-il actuelle-ment l'école?	Au cours de cette année scolaire, (NOM) a-t-il/elle fréquen-té l'école à un certain mo-ment?	Au cours de cette année scolaire, à quel niveau et dans quelle classe était (NOM)?***		Au cours de l'année scolaire précé-dente, (NOM) a-t-il/elle fréquen-té l'école à un cer-tain mo-ment ?	Durant l'année scolaire précédente, à quel niveau et dans quelle classe était (NOM)?***	
	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)		(16) [1]	(17) [1]	(18) [1]		(19)	(20)	
	OUI NON NSP		OUI NON NSP		OUI NON	NIVEAU	CLASSE	OUI NON	OUI NON	NIVEAU	CLASSE	OUI NON	NIVEAU	CLASSE
11	1 2 8		1 2 8		1 2 LIGNE. SUIVANT.			1 2 ↳ ALLER À 18	1 2 ALLER À 19			1 2 LIGNE. SUIVANT.		
12	1 2 8		1 2 8		1 2 LIGNE SUIVANT.			1 2 ↳ ALLER À 18	1 2 ALLER À 19			1 2 LIGNE SUIVANT.		
13	1 2 8		1 2 8		1 2 LIGNE SUIVANT.			1 2 ↳ ALLER À 18	1 2 ALLER À 19			1 2 LIGNE SUIVANT.		
14	1 2 8		1 2 8		1 2 LIGNE SUIVANT.			1 2 ↳ ALLER À 18	1 2 ALLER À 19			1 2 LIGNE SUIVANT.		
15	1 2 8		1 2 8		1 2 LIGNE SUIVANT.			1 2 ↳ ALLER À 18	1 2 ALLER À 19			1 2 LIGNE SUIVANT.		
16	1 2 8		1 2 8		1 2 LIGNE SUIVANT.			1 2 ↳ ALLER À 18	1 2 ALLER À 19			1 2 LIGNE SUIVANT.		
17	1 2 8		1 2 8		1 2 LIGNE SUIVANT.			1 2 ↳ ALLER À 18	1 2 ALLER À 19			1 2 LIGNE SUIVANT.		
18	1 2 8		1 2 8		1 2 LIGNE SUIVANT.			1 2 ↳ ALLER À 18	1 2 ALLER À 19			1 2 LIGNE SUIVANT.		
19	1 2 8		1 2 8		1 2 LIGNE SUIVANT.			1 2 ↳ ALLER À 18	1 2 ALLER À 19			1 2 LIGNE SUIVANT.		
20	1 2 8		1 2 8		1 2 LIGNE SUIVANT.			1 2 ↳ ALLER À 18	1 2 ALLER À 19			1 2 LIGNE SUIVANT.		

** Q.10 À Q.13
CES QUESTIONS CONCERNENT LES PARENTS BIOLOGIQUES DE L'ENFANT. AUX Q.11 ET Q.13, NOTER '00' SI LES PARENTS NE SONT PAS MEMBRES DU MÉNAGE.

[1] Lorsque l'interview se déroule pendant les vacances scolaires, utiliser les formulations suivantes :

(16)	(17)	(18)
(NOM) a-t-il/elle fréquenté pendant l'année scolaire qui vient de se terminer?	Au cours de l'année scolaire qui vient de se terminer, (NOM) a-t-il/elle fréquen-té l'école à un certain moment?	Au cours de l'année scolaire qui vient de se terminer, à quel niveau et dans quelle classe était (NOM)?***

***CODES POUR Q.15, 18 ET 20: NIVEAU D'EDUCATION				
NIVEAU	PRIMAIRE = 1	SECONDAIRE 1 = 2	SECONDAIRE 2 = 3	SUPERIEUR = 4
CLASSE	0 = MOINS D'UNE ANNÉE ACHEVÉE			
	T1 = 1 T2 = 2 T3 = 3 T4 = 4 T5 = 5 NSP = 8	T6 =6 ème = 1 T7 =5 ème = 2 T8 =4 ème = 3 T9 =3 ème = 4 NSP = 8	T10 =2nd = 1 T11 =1ère = 2 T12 =Terminale = 3 NSP = 8	1 ère année = 1 2 ème année = 2 3 ème année = 3 4 ème année = 4 5 ème année ou + = 5 NSP = 8

COCHER ICI SI UNE AUTRE FEUILLE EST UTILISÉE ☐				
Juste pour être sûre que j'ai une liste complète :				
1) Y-a-t-il d'autres personnes telles que des petits enfants ou des nourrissons que nous n'avons pas porté sur la liste?	OUI ☐ →	INSCRIRE CHACUN (E) DANS LE TABLEAU	NON ☐	
2) De plus, y-a-t-il d'autres personnes qui ne sont peut-être pas membres de votre famille tels que des domestiques ,des locataires ou des amis qui vivent habituellement ici?	OUI ☐ →	INSCRIRE CHACUN (E) DANS LE TABLEAU	NON ☐	
3) Avez-vous de invités ou des visiteurs temporaires qui sont chez vous, ou d'autres personnes qui ont dormi ici la nuit dernière et qui n'ont pas été listées?	OUI ☐ →	INSCRIRE CHACUN (E) DANS LE TABLEAU	NON ☐	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
21	D'où provient principalement l'eau que boivent les membres de votre ménage?	EAU DU ROBINET DANS LOGEMENT.............................. 11 DANS COUR/ .... 12 FONTAINE PUBLIQUE .... 13 PUITS OUVERT PUITS OUVERT DANS LOGEMENT . 21 PUITS OUVERT COUR/PARCELLE. . 22 PUITS PUBLIC OUVERT .... 23 PUITS COUVERT OU FORAGE PUITS PROTÉGÉ DANS LE LOGEMENT.................................... 31 PUITS PROTÉGÉ COUR/PARCELL.. 32 PUITS PUBLIC PROTÉGÉ................. 33 EAU DE SURFACE SOURCE .... 41 FLEUVE/RIVIÈRE .... 42 MARE/LAC .... 43 BARRAGE .... 44 EAU DE PLUIE....................................... 51 CAMION CITERNE................................. 61 EAU EN BOUTEILLE.............................. 71 AUTRE ________________________ 96 (PRÉCISER)	 → 22A → 22A → 22A → 22A → 22A → 22A → 22A → 22A
22	Combien de temps faut-il pour aller là-bas, prendre de l'eau et revenir?	MINUTES.............................. ☐☐☐ SUR PLACE 996	
22A	D'où provient principalement l'eau que les membres de votre ménage utilisent pour laver les vaisselles et autres qu'à boire?	EAU DU ROBINET DANS LOGEMENT.............................. 11 DANS COUR/ .... 12 FONTAINE PUBLIQUE .... 13 PUITS OUVERT PUITS OUVERT DANS LOGEMENT . 21 PUITS OUVERT COUR/PARCELLE. . 22 PUITS PUBLIC OUVERT .... 23 PUITS COUVERT OU FORAGE PUITS PROTÉGÉ DANS LE LOGEMENT.................................... 31 PUITS PROTÉGÉ COUR/PARCELL.. 32 PUITS PUBLIC PROTÉGÉ................. 33 EAU DE SURFACE SOURCE .... 41 FLEUVE/RIVIÈRE .... 42 MARE/LAC .... 43 BARRAGE .... 44 EAU DE PLUIE....................................... 51 CAMION CITERNE................................. 61 EAU EN BOUTEILLE.............................. 71 AUTRE ________________________ 96 (PRÉCISER)	
22B	Avez-vous déjà entendu parler d'un produit de traitement de l'eau "SUR'EAU" ?	OUI .... 1 NON.. 2	 → 23

Nº	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
22C	Où avez-vous entendu parler de SUR'EAU ?	À LA RADIO ... A À LA TÉLÉVISION ... B SUR DES AFFICHES ... C SUR LES BOUTEILLES EN VENTE ... D T-SHIRT/CASQUETTES ... E CINÉMOBILE ... F FILM SUR'EAU ... F MEDECINS ... G PARENTS ... H AMIS ... I VENDEUR BASE COMMUNAUTAIRE ..J VENDEUR PSI ... K VENDEUR POINT DE VENTE ... L AUTRE ______________________ X (PRÉCISER)	
22D	Avez-vous déjà utilisé le produit SUR'EAU pour le traitement de l'eau consommée par votre ménage ?	OUI ... 1 NON ... 2	
22E	En ce moment, est-ce que vous utilisez le produit SUR'EAU pour le traitement de l'eau consommée par votre ménage?	OUI ... 1 NON ... 2	
23	Quel genre de toilettes la plupart des membres de votre ménage utilisent?	W.C. AVEC CHASSE D'EAU ... 11 FOSSE/LATRINES RUDIMENTAIRES ... 21 AMÉLIORÉES ... 22 FOSSE PERDUE ... 23 PAS DE TOILETTES /NATURE ... 31 AUTRE ______________________ 96 (PRÉCISER)	 —► 25
24	Partagez-vous cette installation avec d'autres ménages?	OUI ... 1 NON ... 2	
25	Dans votre ménage, y a t-il : L'électricité? Une radio? Une télévision? Un téléphone? Un réfrigérateur?	OUI NON ÉLECTRICITÉ ... 1 2 RADIO ... 1 2 TÉLÉVISION ... 1 2 TÉLÉPHONE ... 1 2 RÉFRIGÉRATEUR ... 1 2	
26	Dans votre ménage, quel genre de combustible utilisez-vous principalement pour la cuisine?	ÉLECTRICITÉ ... 01 GAZ BOUTEILLE/GAZ NATUREL ... 02 BIOGAZ ... 03 KÉROSÈNE ... 04 CHARBON, LIGNITE, TOURBE ... 05 CHARBON DE BOIS ... 06 BOIS À BRÛLER, PAILLE ... 07 BOUSE ... 08 AUTRE ______________________ 96 (PRÉCISER)	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
27	PRINCIPAL MATÉRIAU DU SOL ENREGISTRER L'OBSERVATION.	MATÉRIAU NATUREL TERRE/SABLE .... 11 BOUSE .... 12 MATÉRIAU RUDIMENTAIRE BOIS PLANCHES .... 21 PALMES/BAMBOUS .... 22 MATÉRIAU MODERNE PARQUET OU BOIS POLI .... 31 VINYLE OU LINO/ASPHALTE .... 32 CARREAUX .... 33 CIMENT .... 34 MOQUETTE .... 35 AUTRE ______ 96 (PRÉCISER)	
28	Dans votre ménage, y a t-il quelqu'un qui possède : Une bicyclette? Une mobylette ou une motocyclette? Une voiture ou une camionnette?	OUI NON BICYCLETTE .... 1 2 MOBYLETTE/MOTOCYCLETTE. 1 2 VOITURE/CAMIONNETTE 1 2	
29	Dans votre ménage, avez-vous des moustiquaires qui peuvent être utilisées pour dormir?[2]	OUI .... 1 NON 2	 → 33
29A	Est-ce qu'il y' a une moustiquaire de marque "SUPERMOUSTIQUAIRE" parmi ces moustiquaires?	OUI .... 1 NON 2	
30	VÉRIFIER LES COLONNES (6) ET (7): NOMBRE D'`ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS QUI ONT DORMI DANS LE MÉNAGE LA NUIT DERNIÈRE AUCUN ☐ ———————————— UN ☐ DEUX OU PLUS ☐ ———— ▼		→ 33 → 32
31	Est-ce que, la nuit dernière, (NOM) a dormi sous une moustiquaire?	OUI .... 1 NON 2	→ 33
32	Parmi les enfants de moins de 5 ans qui ont dormi dans le ménage la nuit dernière, tous ont-ils dormi sous une moustiquaire, certains d'entre eux ou aucun?	TOUS .... 1 CERTAINS .... 2 AUCUN 3	
33	Dans votre ménage, où est-ce que vous lavez les mains habituellement ?	DANS LE LOGEMENT/ DANS LA COUR/ DANS LA PARCELLE .... 1 QUELQUE PART D'AUTRE .... 2 NULLE PART 3	 → 35
34	DEMANDER À VOIR L'ENDROIT LE PLUS SOUVENT UTILISÉ POUR SE LAVER LES MAINS ET VÉRIFIER SI LES OBJETS SUIVANTS S'Y TROUVENT	OUI NON EAU/ROBINET .... 1 2 SAVON, CENDRE OU AUTRE PRODUIT LAVANT .... 1 2 CUVETTE 1 2	
35	DEMANDER À L'ENQUÊTÉE UNE CUILLERÉE DU SEL UTILISÉ POUR LES BESOINS DU MÉNAGE, ENSUITE TESTER LE SEL POUR VÉRIFIER LA PRÉSENCE D'IODE. ENREGISTRER LES PPM (PARTS PAR MILLION). (SI LE SEL N'A PAS ÉTÉ TESTÉ, DONNER LA RAISON ______) →	0 PPM (PAS D'IODE) .... 1 7 PPM .... 2 15 PPM .... 3 30 PPM .... 4 PAS DE SEL DANS LE MENAGE .... 5 SEL NON TESTE 6	

MESURES DE LA TAILLE ET DU POIDS

VÉRIFIER LES COLONNES (8) ET (9) : ENREGISTRER LE NUMÉRO DE LIGNE, LE NOM ET L'ÂGE DE TOUTES LES FEMMES DE 15-49 ANS ET DE TOUS LES ENFANTS DE MOINS DE 6 ANS.

FEMMES 15-49				POIDS ET TAILLE DES FEMMES DE 15-49			
N°.DE LIGNE DE LA COL.(8)	NOM DE LA COL.(2)	ÂGE DE LA COL.(7)	Quelle est la date de naissance de (NOM)?	POIDS (KILOGRAMMES)	TAILLE (CENTIMÈTRES)	MESURÉ ALLONGÉ OU DEBOUT	RÉSULTAT 1 MESURÉ 2 ABSENT 3 REFUS 6 AUTRE
(36)	(37)	(38)	(39)	(40)	(41)	(42)	(43)
		ANNÉES		.	.		
				.	.		
				.	.		
				.	.		
				.	.		

ENFANTS DE MOINS DE 6 ANS				POIDS ET TAILLE DES ENFANTS NÉS EN 1998 OU PLUS TARD			
N°.DE LIGNE DE LA COL.(9)	NOM DE LA COL.(2)	ÂGE DE LA COL.(7)	Quel est la date de naissance de (NOM)?	POIDS (KILOGRAMMES)	TAILLE (CENTIMÈTRES)	MESURÉ ALLONGÉ OU DEBOUT	RÉSULTAT 1 MESURÉ 2 ABSENT 3 REFUS 6 AUTRE
			JOUR MOIS ANNÉE	0 .	.	ALLOG.DEBOUT 1 2	
				0 .	.	1 2	
				0 .	.	1 2	
				0 .	.	1 2	
				0 .	.	1 2	
				0 .	.	1 2	
				0 .	.	1 2	

COCHER ICI SI UNE AUTRE FEUILLE EST UTILISÉE

OBSERVATIONS DE L'ENQUETRICE/INFIRMIÈRE

À REMPLIR APRÈS AVOIR TERMINÉ L'INTERVIEW
(SI LE QUESTIONNAIRE N'A PAS ÉTÉ REMPLI, EXPLIQUER)

NOM DE L'ENQUETRICE :_______________________________________ DATE: ______________________________________

OBSERVATIONS DE LA CONTROLEUSE

À REMPLIR APRÈS AVOIR TERMINÉ LA VERIFICATION DU QUESTIONNAIRE

NOM DE LA CONTROLEUSE :_______________________________________ DATE: ______________________________________

OBSERVATIONS DU CHEF D'EQUIPE

À REMPLIR APRÈS AVOIR TERMINÉ LA VERIFICATION DU QUESTIONNAIRE

NOM DU CHEF D'EQUIPE :_______________________________________ DATE: ______________________________________

ENQUÊTE DÉMOGRAPHIQUE ET DE SANTÉ-2003
QUESTIONNAIRE DES PRÉLÈVEMENTS DE SANG DU MÉNAGE

REPUBLIQUE DE MADAGASCAR
INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE

DIRECTION DE LA DÉMOGRAPHIE
ET DES STATISTIQUES SOCIALES

IDENTIFICATION	
NOM DE LA LOCALITÉ ____________	
NOM DU CHEF DE MÉNAGE ____________	
NUMÉRO DE GRAPPE	GRAPPE
NUMÉRO DU MÉNAGE........	MÉNAGE
PROVINCE (FARITANY)	PROVINCE
COMMUNE	COMMUNE
URBAIN/RURAL (URBAIN=1, RURAL=2)	URBAIN/RURAL
GRANDE VILLE/ AUTRE- VILLE/ RURAL........ (Capitale =1, Autre-Ville =2, , Rural =3)	RÉSIDENCE
MÉNAGE SÉLECTIONNÉ POUR UNE ENQUETE HOMME ET LES TESTS D'ANÉMIE/SYPHILIS (OUI=1 NON=2	
MÉNAGE SÉLECTIONNÉ POUR LES TESTS DE TÉTANOS ET DE ROUGEOLE (OUI=1 NON=2)	

VISITES D'ENQUÊTRICES/ENQUÊTEURS				
	1	2	3	VISITE FINALE
DATE	______	______	______	JOUR MOIS ANNÉE 2 0 0 3
NOM DE L'ENQUÊTRICE	______	______	______	NOM
RÉSULTAT*	______	______	______	*RÉSULTAT
PROCHAINE VISITE :DATE HEURE	______ ______	______ ______		NBRE TOTAL DE VISITES

*CODES RÉSULTATS:
1 REMPLI
2 PAS DE MEMBRE DU MÉNAGE À LA MAISON OU PAS D'ENQUÊTÉ COMPÉTENT AU MOMENT DE LA VISITE
3 MÉNAGE TOTALEMENT ABSENT POUR UNE LONGUE PÉRIODE
4 DIFFÉRÉ
5 REFUSÉ
6 LOGEMENT VIDE OU PAS DE LOGEMENT À L'ADRESSE
7 LOGEMENT DÉTRUIT
8 LOGEMENT NON TROUVÉ
9 AUTRE ______________
(PRÉCISER)

ENFANTS Eligible	FEMMES Eligible	HOMMES Eligible

CONTRÔLEUSE	CHEF D'ÉQUIPE	CONTRÔLE BUREAU	SAISI PAR
NOM ______ DATE ______	NOM ______ DATE ______		

VÉRIFIER PAGE DE COUVERTURE : TEST D'ANÉMIE OUI ☐ ↓ PAS DE TEST D'ANÉMIE ☐	→201

TEST D'ANÉMIE POUR LES ENFANTS 0-5 ANS
AVANT DE PROCÉDER AU TEST DE L'ANÉMIE POUR UN ENEFANT, VOUS DEVEZ D'ABORD OBTENIR LE CENSENTEMENT ÉCLAIRÉ DU PARENT/ADULTE RESPONSIBLE DE L'ENFANT. Dans cette enquête, nous voulons connaître le niveau de l'anémie chez les enfants, les femmes et les hommes. L'anémie est un sérieux problème de santé qui est dû à une alimentation pauvre. Les résultats de cette enquête permettront d'aider le gouvernement à mettre en place des programmes pour prévenir et traiter l'anémie. Nous voudrions que tous vos enfants ou les enfants de 0-5 ans qui sont à votre garde, participent au test d'anémie en donnant quelques gouttes de sang du doigt. Pour ce test on utilise des instruments stérilisés et non-réutilisables qui sont propres et sans risque. Le sang sera analysé avec un équipement neuf et les résultats vous seront communiqués immédiatement après la prise de sang. Les résultats sont confidentiels. Avez-vous des questions? Nous voudrions que [NOM DE L'ENFANT] participe au test d'anémie. Vous pouvez accepter ou refuser. C'est à vous de décider. Maintenant, est-ce que vous acceptez que [NOM DE L'ENFANT] participe au test ? **ENREGISTRER.SI LE PARENT (OU AUTRE ADULTE) DANS LE MÉNAGE ACCEPTE, ENCERCLER '1' ET SIGNER À LA QUESTION 6. SI LE PARENT (OU AUTRE ADULTE) DU MÉNAGE RÉFUSE, ENCERCLER '2', ENSUITE PASSER À LA QUESTION 12 ET ENREGISTRER LE RÉSULTAT FINAL '3' (RÉFUSER).** **SI LE PARENT (OU AUTRE ADULTE) A CONSENTI ET QUE LE SANG A ÉTÉ PRÉLEVÉ, MAIS LE NIVEAU D'HÉMOGLOBINE PAS MESURER, ENCERCLER 996, ENSUITE PASSER À 12.**

ENREGISTRER LE N^O. DE LIGNE.		☐☐	☐☐	☐☐	☐☐
		(1)	(2)	(3)	(4)
N^O.	QUESTIONS/ INSTRUCTIONS	**MESURE DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE DES ENFANTS 0-5 ANS**			
1	**VÉRIFIER EN COLONNE 9 DANS LE QUESTIONNAIRE MÉNAGE. DANS LES QUESTIONS 2-5 CI-DESSOUS, ENREGISTER LE(S) NOM(S), LE SEXE, L'ÂGE ET LE NUMÉRO DE LIGNE DU PARENT (OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE) POUR TOUS LES ENFANTS 0-5 ANS. LISTER TOUS LES ENFANTS DANS L'ORDRE DANS LEQUEL ILS APPARAISSENT DANS LE QUESTIONNAIRE MÉNAGE. LE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ POUR L'ANÉMIE POUR LES ENFANTS EST LOCALISÉ À LA PAGE OPPOSÉE À CELLE-CI.** **POUR LA QUESTION 5, IDENTIFIER LE PARENT OU L'ADULTE RESPONSABLE DE(S) ENFANT(S), À QUI VOUS DEMANDEREZ LE CONSENTEMENT POUR QUE L'ENFANT PARTICIPE AU TEST. ENREGISTRER LE(S) NUMÉRO(S) DE LIGNE À PARTIR DES COLONNES 8 OU 8A DU QUESTIONNAIRE MÉNAGE OU ENREGISTRER '00' SI LE PARENT OU L'ADULTE DÉSIGNÉ N'EST PAS LISTÉ DANS LE QUESTIONNAIRE MÉNAGE.**				
2	ENREGISTRER LE NOM, SEXE ET ÂGE DE TOUS LES ENFANTS 0-5 ANS.	NOM ____________________	NOM ____________________	NOM ____________________	NOM ____________________
3	INSCRIRE LE NOMBRE TOTAL D'ENFANTS ÉLIGIBLES SUR LA PAGE COUVERTURE DE CE QUESTIONNAIR.	Masculin…………………….. 1 Féminin………….………..... 2	Masculin…………………….. 1 Féminin………….………..... 2	Masculin…………………….. 1 Féminin………….………..... 2	Masculin…………………….. 1 Féminin………….………..... 2
4		Âge ☐☐	☐☐	☐☐	☐☐
5	ENREGISTRER LE N^O. DE LIGNE DU PARENT/ ADULTE OU MARQUER '00' S'IL N'EST PAS LISTÉ DANS LE QUEST. MÉNAGE	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐
	CONSENTEMENT POUR LE TEST D'ANÉMIE				
6	ENREGISTRER LE RÉSULTAT DU CONSENTE-MENT DU PARENT/ AUTRE ADULT POUR LE TEST D'ANÉMIE	1 A ACCEPTÉ ↓ SIGNER ________ | 2 REFUSÉ SIGNER ________ ↓ PASSER À 12	1 A ACCEPTÉ ↓ SIGNER ________ | 2 REFUSÉ SIGNER ________ ↓ PASSER À 12	1 A ACCEPTÉ ↓ SIGNER ________ | 2 REFUSÉ SIGNER ________ ↓ PASSER À 12	1 A ACCEPTÉ ↓ SIGNER ________ | 2 REFUSÉ SIGNER ________ ↓ PASSER À 12
	NIVEAU D'HÉMOGLOBINE				
7	**POUR CHAQUE ENFANT QUI A ÉTÉ TESTÉ, ENREGISTRER LE RÉSULTAT DU TEST À LA QUESTION 7A. ENSUITE PRÉPARER LA FICHE DE RÉSULTAT POUR LA DONNÉE AU PARENT (OU AUTRE ADULTE).**				
7A	ENREGISTER LE NIVEAU D'HÉMOGLOBINE.	NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ☐☐ , ☐ PAS MESURÉ ……996→ 12 ________________ (PRÉCISER)	NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ☐☐ , ☐ PAS MESURÉ ……996→ 12 ________________ (PRÉCISER)	NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ☐☐ , ☐ PAS MESURÉ ……996→ 12 ________________ (PRÉCISER)	NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ☐☐ , ☐ PAS MESURÉ ……996→ 12 ________________ (PRÉCISER)
8	VÉRIFIER LE NIVEAU	1 INFÉRIEUR À 7 G/DL ↓ | 2 ENTRE 7-10 G/DL ↓ PASSER 10 | 3 AT/ SUPÉRIEUR À 10 G/DL ↓ PASSER 11	1 INFÉRIEUR À 7 G/DL ↓ | 2 ENTRE 7-10 G/DL ↓ PASSER 10 | 3 AT/ SUPÉRIEUR À 10 G/DL ↓ PASSER 11	1 INFÉRIEUR À 7 G/DL ↓ | 2 ENTRE 7-10 G/DL ↓ PASSER 10 | 3 AT/ SUPÉRIEUR À 10 G/DL ↓ PASSER 11	1 INFÉRIEUR À 7 G/DL ↓ | 2 ENTRE 7-10 G/DL ↓ PASSER 10 | 3 AT/ SUPÉRIEUR À 10 G/DL ↓ PASSER 11
9	Le niveau d'hémoglobine que nous avons détecté dans le sang de (NOM DE L'ENFANT) est trop bas. Cela signifie que (NOM DE L'ENFANT) a développé un état anémique sévère, ce qui est un problème de santé sérieux. Nous souhaiterions informer, le centre de santé le plus proche au sujet de l'état de (NOM DE L'ENFANT). Cela vous aidera à obtenir le traitement approprié à l'état de (NOM DE L'ENFANT).				
9A	Acceptez-vous que l'information concernant le niveau d'hémoglobine dans le sang de (nom de l'enfant) soit transmise au docteur?	A ÉTÉ INFORMÉ ET A ACCEPTÉ. . ...1→ 12 A ÉTÉ INFORMÉ MAIS N'A PAS ACCEPTÉ………..2→10A	A ÉTÉ INFORMÉ ET A ACCEPTÉ. . ...1→ 12 A ÉTÉ INFORMÉ MAIS N'A PAS ACCEPTÉ………..2→10A	A ÉTÉ INFORMÉ ET A ACCEPTÉ. . ...1→ 12 A ÉTÉ INFORMÉ MAIS N'A PAS ACCEPTÉ………..2→10A	A ÉTÉ INFORMÉ ET A ACCEPTÉ. . ...1→ 12 A ÉTÉ INFORMÉ MAIS N'A PAS ACCEPTÉ………..2→10A

ENREGISTRER LE N^{O} DE LIGNE.		☐☐	☐☐	☐☐	☐☐
		(1)	(2)	(3)	(4)
10	Le niveau d'hémoglobine que nous avons détecté dans le sang de (NOM DE L'ENFANT) indique que (NOM DE L'ENFANT) a développé un état anémique modéré. Cela signifie que (NOM DE L'ENFANT) a été modérément anémié, ce qui constituerait un problème de santé sérieux pour lui dans l'avenir s'il n'est pas traité.				
10A	Acceptez-vous une lettre de référence de consultation pour (nom de l'enfant) pour voir le docteur au sujet de son état?	A ÉTÉ INFORMÉ ET A ACCEPTÉ................. . ..1 → 12 A ÉTÉ INFORMÉ MAIS N'A PAS ACCEPTÉ ……….2 → 12	A ÉTÉ INFORMÉ ET A ACCEPTÉ................. . ..1 → 12 A ÉTÉ INFORMÉ MAIS N'A PAS ACCEPTÉ ……….2 → 12	A ÉTÉ INFORMÉ ET A ACCEPTÉ................. . ..1 → 12 A ÉTÉ INFORMÉ MAIS N'A PAS ACCEPTÉ ……….2 → 12	A ÉTÉ INFORMÉ ET A ACCEPTÉ................. . ..1 → 12 A ÉTÉ INFORMÉ MAIS N'A PAS ACCEPTÉ ……….2 → 12
11	Le niveau d'hémoglobine détecté dans le sang de (NOMDE L'ENFANT) est normal.				
12	ENREGISTRER LE RÉSULTAT FINAL À LA QUESTION 12A. APRÈS AVOIR REPASSER DANS LES MÉNAGES POUR EFFECTUER TOUS LES RAPPELS, VÉRIFIER ET ENREGISTER LE RÉSULTAT FINAL DU PRÉLÈVEMENT DE SANG POUR LE TEST D'ANÉMIE POUR CHAQUE ENFANT. SI UN ENFANT ÉLIGIBLE N'A JAMAIS ÉTÉ PRÉSENT DANS LE MÉNAGE OU SI LE PARENT OU AUCUN ADULTE N'A JAMAIS ÉTÉ PRÉSENT, ENREGISTRER '2' (ABSENT).				
12A	RÉSULTAT DU PRÉLÈVEMENT 1 MÉSURÉ 2 ABSENT 3 REFUS 6 AUTRE_______	☐ ___________ (PRÉCISER)	☐ ___________ (PRÉCISER)	☐ ___________ (PRÉCISER)	☐ ___________ (PRÉCISER)
13	APRÈS AVOIR EFFECTUÉ TOUTES LES VISITES DE RAPPEL DANS LES MÉNAGES, ENREGISTER LE NOMBRE TOTAL D'ENFANTS POUR LESQUELS LE TEST D'ANÉMIE A ÉTÉ COMPLÉTÉ (C'EST-À-DIRE, CODE 1 ENREGISTRÉ À Q. 12A).				☐☐

TEST D'ANÉMIE ET DE SYPHILIS POUR LES ADULTES

Consentement Éclairé

TEST D'ANÉMIE

Comme part de cette enquête, nous étudions l'anémie chez les enfants, les femmes et les hommes. L'anémie est un problème de santé qui est dû à une alimentation pauvre et/ ou une infection. Cette enquête aidera le gouvernement de Madagascar à mettre en place des programmes pour prévenir et traiter l'anémie.

Nous voudrions que vous participiez à ce test d'anémie en donnant quelques gouttes de sang du doigt. Pour ce test on utilise des instruments stérilisés et non-réutilisables qui sont propres et sans risque. Le sang sera analysé avec un équipement neuf et les résultats vous seront communiqués immédiatement après la prise de sang. Les résultats sont confidentiels.

Avez-vous des questions?

Nous voudrions que vous participiez à ce test d'anémie. Vous pouvez accepter ou de refuser. C'est à vous de décider.

DEMANDER LE CONSEMENT DU PARENT OU L'ADULTE RESPONSABLE DU JEUNE DE 15-17 ANS:

Maintenant, est-ce que vous acceptiez que [JEUNE DE 15-17 ANS] participe au test d'anémie?
ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ À Q.107 ET SIGNER.

DEMANDER LE CONSENTEMENT À L'ENQUÊTÉ DE 18 ANS OU PLUS ET AU JEUNE DE 15-17 ANS DONT LE PARENT/ADULTE RESPONSABLE A CONSENTIT :

Maintenant, est-ce que vous acceptiez de participer au test d'anémie?
ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ À Q.110 ET SIGNER.

TEST DE SYPHILIS

Dans cette enquête, nous étudions aussi la syphilis chez les femmes et les hommes à Madagascar. La syphilis peut causer de sérieux problèmes de santé si elle n'est pas traitée. Les résultats de cette enquête aideront le gouvernement de Madagascar à mettre en place des programmes pour prévenir et traiter la syphilis.

Nous voudrions que vous participiez à ce test. Si vous acceptez, nous allons prélever d'abord quelques gouttes de sang du même doigt déjà piqué pour le test d'anémie (ou de votre doigt, SI L'ENQUÊTÉ N'AVAIT PAS CONSENTI AU TEST D'ANÉMIE). Nous allons déterminer le résultat du test ici sur place chez vous, si vous avez la syphilis. Si le résultat du test montre que vous n'avez pas la syphilis (résultat négatif), nous vous le ferons savoir sur place.

Si le résultat montre que vous avez la syphilis (résultat positif), nous aurons besoin d'effectuer un autre test pour confirmer si la syphilis est actuelle ou ancienne. Pour ce deuxième test, nous allons prélever un peu de sang des veines de votre bras. Ce sang sera analysé ce soir et je vous apporterais votre résultat demain si vous me dites où et quand je peux vous l'apporter. C'est ce résultat qui nous permettra de vous donner un traitement si le résultat s'avère positif.

À part vous, moi même, l'infirmière et le technicien de laboratoire qui fera l'autre analyse de sang, personne d'autre ne connaîtra les résultats de vos tests de syphilis.

Pour ces tests, nous utilisons des instruments stérilisés et non-réutilisables qui sont propres et complètement sans risque.

Avez-vous des questions?

Nous voudrions que vous participiez à ce test de syphilis. Vous pouvez accepter ou de refuser. C'est à vous de décider.

DEMANDER LE CONSEMENT DU PARENT OU L'ADULTE RESPONSABLE DU JEUNE DE 15-17 ANS:

Maintenant, est-ce que vous acceptiez que [JEUNE DE 15-17 ANS] participe au test de syphilis ?
ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ À Q.108 ET SIGNER.

DEMANDER LE CONSENTEMENT À L'ENQUÊTÉ DE 18 ANS OU PLUS ET AU JEUNE DE 15-17 ANS DONT LE PARENT/ADULTE RESPONSABLE A CONSENTIT :

Maintenant, est-ce que vous acceptiez de participer au test de syphilis?
ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ À Q.111 ET SIGNER.

ENREGISTRER LE N°. DE LIGNE.		☐☐		☐☐		☐☐		☐☐	
		(1)		(2)		(3)		(4)	
101	**VÉRIFIER LE QUESTIONNAIRE MÉNAGE ET IDENTIFIER TOUTES LES FEMMES DE 15-49 ET TOUS LES HOMMES DE 15-59 QUI SONT RÉSIDENTS OU ÉTAIENT VISITEURS DANS LE MÉNAGE LA NUIT PRÉCÉDANT L'ENQUÊTE.** **ENREGISTRER LE NUMÉRO DE LA VISITE À LAQUELLE L'ENQUÊTÉ ÉRAIT PRÉSENT À LA QUESTION 105 CI-DESSOUS.** **AVANT DE CONDUIRE LE TEST D'ANÉMIE ET DE SYPHILIS, VOUS DEVEZ OBTENIR LE CONSENTEMENT DE CHAQUE ENQUÊTÉ.** **DANS LE CAS D'UN ENQUÊTÉ ÂGÉ DE 15-17, VOUS DEVEZ D'ABORD OBTENIR LE CONSENTEMENT DU PARENT OU D'UN AUTRE ADULTE RESPONSIBLE DANS LE MÉNAGE. LE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ POUR L'ANÉMIE ET LE TEST DE SYPHILIS PAR ABBBOTT DETERMINE, QUI UTILISENT LES GOUTTES DE SANG CAPILLAIRE DU DOIGT, EST LOCALISÉ À LA PAGE OPPOSÉE À CELLE-CI, ET LES RÉSULTATS SONT ENREGISTRÉS AUX QUESTIONS 107-112 CI-DESSOUS.**								
102	ENREGISTRER LE NOM, SEXE ET ÂGE DE TOUS LES ENQUÊTÉS ÉLIGIBLES POUR LE TEST D'ANÉMIE ET DE SYPHILIS.	NOM ____________________		NOM ____________________		NOM ____________________		NOM ____________________	
103		Masculin…………………….. 1 Féminin………….……….... 2		Masculin…………………….. 1 Féminin………….……….... 2		Masculin…………………….. 1 Féminin………….……….... 2		Masculin…………………….. 1 Féminin………….……….... 2	
104	INSCRIRE LE NOMBRE D'ENQUÊTÉS ÉLIGIBLES SUR LA PAGE COUVERTURE DE CE QUESTIONNAIR.	Âge ☐☐		☐☐		☐☐		☐☐	
105	ENCERCLER LE N°. DE VISITE À LA QUELLE L'ENQUÊTÉ ÉTAIT PRÉSENT POUR LE TEST	VISITE	OUI NON	VISITE	OUI NON	VISITE	OUI NON	VISITE	OUI NON
		1ère	1 2	1ère	1 2	1ère	1 2	1ère	1 2
		2èME	1 2	2èME	1 2	2èME	1 2	2èME	1 2
		3ème	1 2	3ème	1 2	3ème	1 2	3ème	1 2
CONSENTEMENT POUR LE TEST D'ANÉMIE ET DE SYPHILIS									
106	VÉRIFIER ÂGE À Q. 104	1 15-17 ↓	2 18 0U PLUS→110	1 15-17 ↓	2 18 0U PLUS→110	1 15-17 ↓	2 18 0U PLUS→110	1 15-17 ↓	2 18 0U PLUS→110
107	ENREGISTRER LE CONSENTEMENT DU PARENT OU AUTRE ADULTE POUR LES <u>GOUTTES DE SANG POUR LE TEST D'ANÉMIE</u>	1 A ACCEPTÉ ↓ SIGNER ________	2 A REFUSÉ ↓ SIGNER ________	1 A ACCEPTÉ ↓ SIGNER ________	2 A REFUSÉ ↓ SIGNER ________	1 A ACCEPTÉ ↓ SIGNER ________	2 A REFUSÉ ↓ SIGNER ________	1 A ACCEPTÉ ↓ SIGNER ________	2 A REFUSÉ ↓ SIGNER ________
108	ENREGISTRER LE CONSENTEMENT DU PARENT OU AUTRE ADULTE POUR LES <u>GOUTTES DE SANG POUR LE TEST DE SYPHILIS</u>	1 A ACCEPTÉ ↓ SIGNER ________	2 A REFUSÉ ↓ SIGNER ________	1 A ACCEPTÉ ↓ SIGNER ________	2 A REFUSÉ ↓ SIGNER ________	1 A ACCEPTÉ ↓ SIGNER ________	2 A REFUSÉ ↓ SIGNER ________	1 A ACCEPTÉ ↓ SIGNER ________	2 A REFUSÉ ↓ SIGNER ________
109	VÉRIFIER Q 107 ET 108	1 PARENT/ AUTRE ADULTE A ACCEPTÉ L'UN OU LES DEUX TESTS ↓	2 A REFUSÉ LES DEUX TESTS→ 131	1 PARENT/ AUTRE ADULTE A ACCEPTÉ L'UN OU LES DEUX TESTS ↓	2 A REFUSÉ LES DEUX TESTS→ 131	1 PARENT/ AUTRE ADULTE A ACCEPTÉ L'UN OU LES DEUX TESTS ↓	2 A REFUSÉ LES DEUX TESTS→ 131	1 PARENT/ AUTRE ADULTE A ACCEPTÉ L'UN OU LES DEUX TESTS ↓	2 A REFUSÉ LES DEUX TESTS→ 131
110	ENREGISTRER LE CONSENTEMENT DE L'ENQUÊTÉ POUR LES <u>GOUTTES DE SANG POUR LE TEST D'ANÉMIE</u>	1 A ACCEPTÉ ↓ SIGNER ________	2 A REFUSÉ ↓ SIGNER ________	1 A ACCEPTÉ ↓ SIGNER ________	2 A REFUSÉ ↓ SIGNER ________	1 A ACCEPTÉ ↓ SIGNER ________	2 A REFUSÉ ↓ SIGNER ________	1 A ACCEPTÉ ↓ SIGNER ________	2 A REFUSÉ ↓ SIGNER ________
111	ENREGISTRER LE CONSENTEMENT DE L'ENQUÊTÉ POUR LES <u>GOUTTES DE SANG POUR LE TEST DE SYPHILIS</u>	1 A ACCEPTÉ ↓ SIGNER ________	2 A REFUSÉ ↓ SIGNER ________	1 A ACCEPTÉ ↓ SIGNER ________	2 A REFUSÉ ↓ SIGNER ________	1 A ACCEPTÉ ↓ SIGNER ________	2 A REFUSÉ ↓ SIGNER ________	1 A ACCEPTÉ ↓ SIGNER ________	2 A REFUSÉ ↓ SIGNER ________
112	VÉRIFIER Q 110 ET 111	1 A ACCEPTÉ L'UN OU LES DEUX TESTS ↓	2 A REFUSÉ LES DEUX TESTS → 131	1 A ACCEPTÉ L'UN OU LES DEUX TESTS ↓	2 A REFUSÉ LES DEUX TESTS → 131	1 A ACCEPTÉ L'UN OU LES DEUX TESTS ↓	2 A REFUSÉ LES DEUX TESTS → 131	1 A ACCEPTÉ L'UN OU LES DEUX TESTS ↓	2 A REFUSÉ LES DEUX TESTS → 131

		(1)	(2)	(3)	(4)
	ENREGISTRER LE N.^O. DE LIGNE.	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐
113	**PREPARER LE MATÉRIELS ET ÉQUIPEMENTS DÉMANDÉS POUR LE(S) TEST(S) AUQUEL L'ENQUÊTÉ A CCEPTÉ. COMPLETER LES QUESTIONS 114, 121 ET 123 AVANT DE COMMENCER LE TEST POUR L'ENQUÊTÉ.**				
	TEST D'ANÉMIE				
114	**VÉRIFIER 110 SI L'ENQUÊTÉ A ACCEPTÉ DE DONNER DU SANG DU DOIGT POUR LE TEST D'ANÉMIE.**	1 A ACCEPTÉ ↓ 2 A REFUSÉ ↓ PASSER À 121	1 A ACCEPTÉ ↓ 2 A REFUSÉ ↓ PASSER À 121	1 A ACCEPTÉ ↓ 2 A REFUSÉ ↓ PASSER À 121	1 A ACCEPTÉ ↓ 2 A REFUSÉ ↓ PASSER À 121
115	**ÉTANT DONNER QUE L'ENQUÊTÉ A ACCEPTÉ DE DONNER DU SANG POUR LE TEST D'ANÉMIEAS, PROCÉDER AU PRÉLÈVEMENT DES GOUTTES DE SANG DU DOIGT POUR L'ANÉMIE ET ENREGISTRER LES RÉSULTATS À LA QUESTION 116 CI-DESSOUS. POUR CHAQUE ENQUÊTÉ QUI A ÉTÉ TESTÉ, ENREGISTRER LE RÉSULTAT DU TEST À LA QUESTION 116. ENSUITE PRÉPARER LA FICHE DE RÉSULTAT POUR LA DONNÉE À L'ENQUÊTÉ.**				
116	ENREGISTER LE NIVEAU D'HÉMOGLOBINE.	NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ☐☐ , ☐ PAS MESURÉ ..... 996→ 121 __________ (PRÉCISER)	NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ☐☐ , ☐ PAS MESURÉ ..... 996→ 121 __________ (PRÉCISER)	NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ☐☐ , ☐ PAS MESURÉ ..... 996→ 121 __________ (PRÉCISER)	NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ☐☐ , ☐ PAS MESURÉ ..... 996→ 121 __________ (PRÉCISER)
117	VÉRIFIER LE NIVEAU	1 INFÉRIEUR À 7 G/DL ↓ 2 ENTRE 7-10 G/DL ↓ PASSER 119 3 AT/ SUPÉRIEUR À 10 G/DL ↓ PASSER 120	1 INFÉRIEUR À 7 G/DL ↓ 2 ENTRE 7-10 G/DL ↓ PASSER 119 3 AT/ SUPÉRIEUR À 10 G/DL ↓ PASSER 120	1 INFÉRIEUR À 7 G/DL ↓ 2 ENTRE 7-10 G/DL ↓ PASSER 119 3 AT/ SUPÉRIEUR À 10 G/DL ↓ PASSER 120	1 INFÉRIEUR À 7 G/DL ↓ 2 ENTRE 7-10 G/DL ↓ PASSER 119 3 AT/ SUPÉRIEUR À 10 G/DL ↓ PASSER 120
118	Le niveau d'hémoglobine que nous avons détecté dans votre sang est trop bas. Cela signifie que vous avez développé un état anémique sévère, ce qui est un problème de santé sérieux. Nous souhaiterions informer, le centre de santé le plus proche au sujet de votre état de santé. Cela vous aidera à obtenir le traitement approprié à votre état de santé.				
118A	Acceptez-vous que l'information concernant le niveau d'hémoglobine dans votre sang soit transmise au docteur?	1 A ÉTÉ INFORMÉ ET A ACCEPTÉ DE DONNER LE NOM ↓ PASSER À 121 2 A ÉTÉ INFORMÉ MAIS N'A PAS ACCPTÉ DE DONNER LE NOM ↓ PASSER À 119A	1 A ÉTÉ INFORMÉ ET A ACCEPTÉ DE DONNER LE NOM ↓ PASSER À 121 2 A ÉTÉ INFORMÉ MAIS N'A PAS ACCPTÉ DE DONNER LE NOM ↓ PASSER À 119A	1 A ÉTÉ INFORMÉ ET A ACCEPTÉ DE DONNER LE NOM ↓ PASSER À 121 2 A ÉTÉ INFORMÉ MAIS N'A PAS ACCPTÉ DE DONNER LE NOM ↓ PASSER À 119A	1 A ÉTÉ INFORMÉ ET A ACCEPTÉ DE DONNER LE NOM ↓ PASSER À 121 2 A ÉTÉ INFORMÉ MAIS N'A PAS ACCPTÉ DE DONNER LE NOM ↓ PASSER À 119A
119	Le niveau d'hémoglobine que nous avons détecté dans votre sang indique que vous avez développé un état anémique modéré. Cela signifie que vous avez été modérément anémié, ce qui constituerait un problème de santé sérieux pour vous dans l'avenir s'il n'est pas traité.				
119A	Acceptez-vous une lettre de référence de consultation pour vous faire examiner par le docteur au sujet de son état?	1 A ÉTÉ INFORMÉ ET A ACCEPTÉ LA LETTRE DE RÉFÉRRENC ↓ PASSER À 121 2 A ÉTÉ INFORMÉ MAIS N'A PAS ACCPTÉ LA LETTRE DE RÉFÉRRENCE ↓ PASSER À 121	1 A ÉTÉ INFORMÉ ET A ACCEPTÉ LA LETTRE DE RÉFÉRRENCE ↓ PASSER À 121 2 A ÉTÉ INFORMÉ MAIS N'A PAS ACCPTÉ LA LETTRE DE RÉFÉRRENCE ↓ PASSER À 121	1 A ÉTÉ INFORMÉ ET A ACCEPTÉ LA LETTRE DE RÉFÉRRENCE ↓ PASSER À 121 2 A ÉTÉ INFORMÉ MAIS N'A PAS ACCPTÉ LA LETTRE DE RÉFÉRRENCE ↓ PASSER À 121	1 A ÉTÉ INFORMÉ ET A ACCEPTÉ LA LETTRE DE RÉFÉRRENCE ↓ PASSER À 121 2 A ÉTÉ INFORMÉ MAIS N'A PAS ACCPTÉ LA LETTRE DE RÉFÉRRENCE ↓ PASSER À 121
120	Le niveau d'hémoglobine détecté dans votre sang est normal.				
	TEST DE SYPHILIS UTILISANT LA MÉTHODE ABBOTT DETERMINE				
121	**VÉRIFIER 111 SI L'ENQUÊTÉ A ACCEPTÉ DE DONNER DU SANG DU DOIGT POUR LE TEST DE SYPHILIS.**	1 A ACCEPTÉ ↓ 2 A REFUSÉ ↓ PASSER À 131	1 A ACCEPTÉ ↓ 2 A REFUSÉ ↓ PASSER À 131	1 A ACCEPTÉ ↓ 2 A REFUSÉ ↓ PASSER À 131	1 A ACCEPTÉ ↓ 2 A REFUSÉ ↓ PASSER À 131
122	**AVANT DE COMMENCER LE TEST, ÉTANT QUE L'ENQUÊTÉ A ACCEPTÉ DE DONNER DU SANG POUR LE TEST DE LA SYPHILIS, PRENER LA PREMIÈRE ÉTIQUETTE CODES À BARRES DANS LA PREMIÈRE RANGÉE DISPONIBLE SUR LA FEUILLE DES ÉTIQUETTES ENSUITE LA COLLER À LA QUESTION 123, COLLER DEUXIÈME ÉTIQUETTE CODES À BARRES DE LA MÊME RANGÉE SUR LA CARTE DE TEST DE ABBOTT DETERMINE SUR LAQUELLE VOUS ALLEZ EFFECTUER LE TEST DE SANG POUR LA SYPHILIS. VÉRIFIER QUE L'ÉTIQUETTE À LA QUESTION 123 ET CELLE SUR LA CARTE DE TEST DE ABBOTT DETERMINE ONT LES MÊMES CODES.**				

123	VÉRIFIER À 121. SI L'ENQUÊTÉ A ACCEPTÉ LE TEST, COLLER LA PREMIÈRE ÉTIQUETTE CODES À BARRES D'UNE RANGÉE.	COLLER LA PREMIÈRE ÉTIQUETTE CODES À BARRES D'UNE RANGÉE ICI	COLLER LA PREMIÈRE ÉTIQUETTE CODES À BARRES D'UNE RANGÉE ICI	COLLER LA PREMIÈRE ÉTIQUETTE CODES À BARRES D'UNE RANGÉE ICI	COLLER LA PREMIÈRE ÉTIQUETTE CODES À BARRES D'UNE RANGÉE ICI
124	RÉSULTAT DE PRÉLÈVEMENT DES GOUTTES DE SANG CAPILLAIRES POUR LE TEST DE SYPHILIS UTILISANT ABBOTT DETERMINE SYPHILIS.	1 PRÉLEVÉ ↓ 2 PAS PRÉLEVÉ/ PROBLÈME DE PRÉLÈVEMENT ________ (PRÉCISER) ↓ PASSER À 131	1 PRÉLEVÉ ↓ 2 PAS PRÉLEVÉ/ PROBLÈME DE PRÉLÈVEMENT ________ (PRÉCISER) ↓ PASSER À 131	1 PRÉLEVÉ ↓ 2 PAS PRÉLEVÉ/ PROBLÈME DE PRÉLÈVEMENT ________ (PRÉCISER) ↓ PASSER À 131	1 PRÉLEVÉ ↓ 2 PAS PRÉLEVÉ/ PROBLÈME DE PRÉLÈVEMENT ________ (PRÉCISER) ↓ PASSER À 131
125	**COMMENCER LE TEST DE SYPHILIS SUR LE SANG DE L'ENQUÊTÉ PRÉLEVÉ EN UTILISANT LA MÉTHODE ABBOTT DETERMINE.**				
125A	APRÈS AVOIR ÉTALÉ LE SANG SUR LA CARTE DE TEST ABBOTT, ENREGISTRER L'HEURE QUE VOUS AVEZ À VOTRE MONTRE. C'EST L'HEURE DE DÉBUT DU TEST.	HEURES............. [ ][ ] MINUTES............ [ ][ ]	HEURES............. [ ][ ] MINUTES............ [ ][ ]	HEURES .... [ ][ ] MINUTES .... [ ][ ]	HEURES............. [ ][ ] MINUTES............ [ ][ ]
125B	**ATTENDRE 15 MINUTES.**				
125C	APRÈS 15 MINUTES ÉCOULÉES, ENREGISTRER L'HEURE QUE VOUS AVEZ À VOTRE MONTRE POUR INDIQUER L'HEURE DE FIN DU TEST.	HEURES............. [ ][ ] MINUTES............ [ ][ ]	HEURES............. [ ][ ] MINUTES............ [ ][ ]	HEURES .... [ ][ ] MINUTES .... [ ][ ]	HEURES............. [ ][ ] MINUTES............ [ ][ ]
125D	SOUSTRAIRE L'HEURE À 125A DE CELLE DE 125C	MINUTES............ [ ][ ]	MINUTES............ [ ][ ]	MINUTES .... [ ][ ]	MINUTES............ [ ][ ]
125E	**SI LA DURÉE À 125D EST 15 MINUTES OU PLUS, FAIRE LA LECTURE DU RÉSULTAT DU TEST DE SYPHILIS SUR LA CARTE ABBOTT DETERMINE.** SI LA DURÉE À 125D EST MOJNS DE 15 MINUTES, COMPLÉTER LA DURÉE MINIMALE DE DES 15 MINUTES AVANT DE FAIRE LA LECTURE DES RÉSULTATS DU TEST DE SYPHILIS PAR LA MÉTHODE ABBOTT.				
126	ENREGISTRER LE RÉSULTAT DU TEST DE SYPHILIS DE ABBOTT DETERMINE.	1 POSITIF 2 NÉGATIF 3 INDÉTERMINÉ	1 POSITIF 2 NÉGATIF 3 INDÉTERMINÉ	1 POSITIF 2 NÉGATIF 3 INDÉTERMINÉ	1 POSITIF 2 NÉGATIF 3 INDÉTERMINÉ

127	**INFORMER CHAQUE ENQUÊTÉ DE SON RÉSULTAT DE TEST DE ABBOTT. POUR CEUX DONT LE RÉSULTAT EST NÉGATIF, VOUS PASSER À QUESTION 131. POUR CEUX DONT LE RÉSULTAT EST POSITIF OU INDÉTERMINÉ, DEMANDER À 128-128A, LEUR CONSENTEMENT D'ACCEPTER DE DONNER UN PEU DU SANG DU BRAS POUR LE TEST DE CONFIRMATION DE SYPHILIS.**				
128	Étant donné que le résultat de ce test est positif, il est possible que vous ayez présentement la syphilis. Pour être sûr que vous avez présentement l'infection afin de pouvoir vous donner un traitement à la maison, nous avons besoin de prendre une petite quantité du sang des veines de votre bras pour le tester. Le résultat vous sera donné plus tard aujourd'hui ou demain. Le résultat de vos tests seront confidentiels. La décision de participer à ce test de confirmation afin d'obtenir un traitement vous appartient. Avez-vous des questions? Maintenant, est-ce que vous acceptiez de participer au test?				
128A	CONSENTEMENT POUR LE PRÉLÈVEMENT DE SANG DES VEINES DU BRAS POUR LE TEST RPR	A ACCEPTÉ __________..1 SIGNER A REFUSÉ ....2 → 131 AUTRE__________ ....8 → 131 (PRÉCISER)	A ACCEPTÉ __________..1 SIGNER A REFUSÉ ....2 → 131 AUTRE__________ ....8 → 131 (PRÉCISER)	A ACCEPTÉ __________..1 SIGNER A REFUSÉ ....2 → 131 AUTRE__________ ....8 → 131 (PRÉCISER)	A ACCEPTÉ __________..1 SIGNER A REFUSÉ ....2 → 131 AUTRE__________ ...8 → 131 (PRÉCISER)
129	**AVANT DE PRÉLEVER LE SANG DE L'ENQUÊTÉ, COLLER DES ÉTIQUETTES CODES À BARRES QUI CORRESPONDENT À CELLE COLLÉE DANS CE QUESTIONNAIRE À 123 : LA TROISIÈME ÉTIQUETTE CODES À BARRES SUR LE TUBE EDTA VACUTAINER; LA QUATRIÈME SUR LE TUBE CRYOGENIC; LA CINQUIÈME SUR LA FICHE DE RÉSULTAT DE TEST RPR ; ET LA SISIÈME SUR LA FICHE DE TRANSMISSION DES PLASMA POUR LE TEST DE TPHA. ENSUITE,PRÉLEVER 5CC DE SANG DES VEINES DANS LE TUBE EDTA VACUTAINER ET ENREGISTRER LE RÉSULTAT DE PRÉLÈVEMENT À QUESTION 130.**				

130	SANG DES VEINES PRÉLEVÉ POUR LE TEST RPR.	1 PRÉLEVÉ → PASSER À 132	2 PAS PRÉLÉVÉ/ PROBLÈME DE PRÉLÈVEMENT ________ (PRÉCISER) ↓	1 PRÉLEVÉ → PASSER À 132	2 PAS PRÉLÉVÉ/ PROBLÈME DE PRÉLÈVEMENT ________ (PRÉCISER) ↓	1 PRÉLEVÉ → PASSER À 132	2 PAS PRÉLÉVÉ/ PROBLÈME DE PRÉLÈVEMENT ________ (PRÉCISER) ↓	1 PRÉLEVÉ → PASSER À 132	2 PAS PRÉLÉVÉ/ PROBLÈME DE PRÉLÈVEMENT ________ (PRÉCISER) ↓
131			RETOURNER À 102 POUR L'ENQUÊTÉ SUIVANT. SI PLUS D'ENQUÊTÉ, CONTINUER À 132		RETOURNER À 102 POUR L'ENQUÊTÉ SUIVANT. SI PLUS D'ENQUÊTÉ, CONTINUER À 132		RETOURNER À 102 POUR L'ENQUÊTÉ SUIVANT. SI PLUS D'ENQUÊTÉ, CONTINUER À 132		RETOURNER À 102 POUR L'ENQUÊTÉ SUIVANT. SI PLUS D'ENQUÊTÉ, CONTINUER À 132

	ENREGISTRER LE N.O DE LIGNE.	☐☐		☐☐		☐☐		☐☐	
		(1)		(2)		(3)		(4)	
132	**VÉRIFIER À 102-104 SI L'ENQUÊTÉ SUIVANT DANS LE MÉNAGE EST DISPONIBLE POUR LE TEST DE SANG POUR L'ANÉMIE ET LA SYPHILIS. S'IL N'Y A PLUS D'ENQUÊTÉ DISPONIBLE, SUIVEZ LES INSTRUCTIONS DE TRANSPORT DES TUBES VACUTAINERS CONTENANT DU SANG AU TECHNICIEN DE LABORATOIRE DE VOTRE ÉQUIPE. LE TECHNICIEN DE LABORATOIRE EFFECTUE LE TEST RPR ET PRÉLÈVE UNE PARTIE DU PLASMA DANS LE TUBE CRYOGENIC QUI AVAIT ÉTÉ ÉTIQUETTÉ POUR L'ENQUÊTÉ. CE PLASMA FERA L'OBJET D'UNAUTRE TEST DE CONFIRMATION AU LABORATOIRE CENTRAL INSTITUT PASTEUR. SUR LE TERRAIN, LE TECHNICIEN DE LABORATOIRE ENREGISTRE TOUS LES RÉSULTATS DE TEST RPR SUR LA FICHE DE RÉSULTAT DE TEST RPR DE L'ENQUÊTÉ. VOUS UTILISEREZ CETTE FICHE DE RÉSULTAT DE TEST RPR POUR TRANSFÉRER LE RÉSULTAT DU TEST RPR DE L'ENQUÊTÉ DANS LE QUESTIONNAIRE DES PRÉLÈVEMENTS DE SANG DU MÉNAGE AUX QUESTIONS 133-134.**								
	RÉSULTAT DU TEST RPR								
133	**TRANSFÉRER LE RÉSULTAT DU TEST RPR DE LA FICHE DE RÉSULTAT DE L'ENQUÊTÉ DANS LE QUESTIONNAIRE DES PRÉLÈVEMENTS DE SANG DU MÉNAGE. VÉRIFIER LE NUMÉRO DE LIGNE ET LE CODES À BARRES À LA QUESTION 123 CONTRE LE CODES À BARRES DE L'ÉTIQUETTE COLLÉE SUR LA FICHE DE RÉSULTAT DE L'ENQUÊTÉ POUR RASSURER QUE L'ENQUÊTÉ EST BIEN LA PERSONNE EN QUESTION. INFORMER CHAQUE ENQUÊTÉ, QUI A DONNÉ SON SANG, DU RÉSULTAT DE SON RPR TEST DE SANG. ENREGISTRER À QUESTION 135 SI LE RÉSULTAT A ÉTÉ OU NON DONNÉ À L'ENQUÊTÉ. SI LE RÉSULTAT N'A PAS ÉTÉ DONNÉ, DONNER ÉGALEMENT LA RAISON À QUESTION 135.**								
134	ENREGISTRER LE RÉSULTAT DU TEST RPR.	1 RPR RÉACTIF	2 RPR PAS RÉACTIF	1 RPR RÉACTIF	2 RPR PAS RÉACTIF	1 RPR RÉACTIF	2 RPR PAS RÉACTIF	1 RPR RÉACTIF	2 RPR PAS RÉACTIF
135	INFORMER L'ENQUÊTÉ DU RÉSULTAT DU TEST RPR.	OUI……………………………..1 NON, ABSENT…………………..2 NON, AUTRE __________ ….3 (PRÉCISER)		OUI……………………………..1 NON, ABSENT…………………..2 NON, AUTRE __________ ….3 (PRÉCISER)		OUI……………………………..1 NON, ABSENT…………………..2 NON, AUTRE __________ ….3 (PRÉCISER)		OUI……………………………..1 NON, ABSENT…………………..2 NON, AUTRE __________ ….3 (PRÉCISER)	
	TRAITEMENT ET SUIVI DE LA SYPHILIS								
136	**VÉRIFIER 134 ET ENREGISTRER DE NOUVEAU LE RÉSULTAT DU TEST RPR À QUESTION 137. ENSUITE, POUR LES ENQUÊTÉS DON'T LE RÉSULTAT DU TEST EST RÉACTIF, C'EST-À-DIRE POSITIF, OFFRIR LE TRAITEMENT ET LE SUIVI.**								
137	ENREGISTRER À NOUVEAU LE RÉSULTAT DU TEST RPR À PARTIR DE 134.	1 RPR RÉACTIF → PASSER 139	2 RPR PAS RÉACTIF ↓	1 RPR RÉACTIF → PASSER 139	2 RPR PAS RÉACTIF ↓	1 RPR RÉACTIF → PASSER 139	2 RPR PAS RÉACTIF ↓	1 RPR RÉACTIF → PASSER 139	2 RPR PAS RÉACTIF ↓
138			RETOURNER À 133 POUR L'ENQUÊTÉ SUIVANT. SI PLUS D'ENQUÊTÉ, CONTINUER À 139		RETOURNER À 133 POUR L'ENQUÊTÉ SUIVANT. SI PLUS D'ENQUÊTÉ, CONTINUER À 139		RETOURNER À 133 POUR L'ENQUÊTÉ SUIVANT. SI PLUS D'ENQUÊTÉ, CONTINUER À 139		RETOURNER À 133 POUR L'ENQUÊTÉ SUIVANT. SI PLUS D'ENQUÊTÉ, CONTINUER À 139
139	Le résultat de votre test RPR est positif. Ce résultat montre que vous avez la syphilis, qui pourrait vous causer de sérieux problèmes de santé si elle n'est pas traitée. Le résultat peut être une injection à la pénicilline ou des comprimés d'antibiotiques. Nous pouvons vous donner immédiatement ici chez vous, un traitement. Toutefois, si vous le désirez, nous pouvons vous donner le traitement dans un autre lieu à votre convenance dans cette localité, ou vous donner une lettre de référence pour vous faire traiter dans un centre de santé le plus proche. La décision d'accepter de vous faire traiter par nous ou d'accepter une lettre de référence vous appartient. Voudriez-vous recevoir le traitement maintenant? Si la réponse est NON: Voudriez-vous me rencontrer dans un autre lieu qu'ici pour recevoir le traitement ou préfériez-vous vous rendre dans un centre de santé pour recevoir le traitement? **ENREGISTRER LA RÉPONSE À QUESTION 139A. SIGNER POUR INDIQUER QUE VOUS AVEZ DONNER LE TRAITEMENT. SI L'ENQUÊTÉ ACCEPTE UN TRAITEMENT IMMÉDIAT, PROCEDER D'ABORD À POSER LES QUESTIONS D'INVESTIGATION POUR LE TRAITEMENT AVANT DE DONNER TOUT TRAITEMENT D'ANTIBIOTIQUE. SI L'ENQUÊTÉ VEUT SE FAIRE TRAITER QUELQUE PART D'AUTRE, DISCUTER LE LIEU ET DU MOMENT OÙ VOUS POURREZ LE RENCONTRER. SI VOUS DEVEZ LE RENCONTRER À UN AUTRE LIEU, VOUS DEVEZ COMPLÉTER LES QUESTIONS D'INVESTIGATION POUR LE TRAITEMENT AVANT D'ADMINISTRER TOUT TRAITEMENT. SI L'ENQUÊTÉ VEUT UNE LETTRE DE RÉFÉRENCE, PRÉPARE LA LETTRE DE RÉFÉRENCE ET LA DONNER À L'ENQUÊTÉ.**								
139A	CONSENTEMENT POUR LE TRAITEMENT / SUIVI CHEZ L'ENQUÊTÉ À LA MAISON	OUI, À LA MAISON MAINTENANT _________.................1 SIGNER OUI, MAIS PRÉFÈRE UN AUTRE LIEU. . . .2		OUI, À LA MAISON MAINTENANT _________.................1 SIGNER OUI, MAIS PRÉFÈRE UN AUTRE LIEU. . . .2		OUI, À LA MAISON MAINTENANT _________.................1 SIGNER OUI, MAIS PRÉFÈRE UN AUTRE LIEU. . . .2		OUI, À LA MAISON MAINTENANT _________.................1 SIGNER OUI, MAIS PRÉFÈRE UN AUTRE LIEU. . . .2	

ENREGISTRER LE N.O DE LIGNE.		☐☐	☐☐	☐☐	☐☐
		(1)	(2)	(3)	(4)
		OUI, MAIS PRÉFÈRE LETTRE DE RÉFÉRENCE..........3 → 153 NON, NE VEUT PAS TRAITEMENT/LETTRE DE RÉFÉRENCE…………4 → 153	OUI, MAIS PRÉFÈRE LETTRE DE RÉFÉRENCE..........3 → 153 NON, NE VEUT PAS TRAITEMENT/LETTRE DE RÉFÉRENCE…………4 → 153	OUI, MAIS PRÉFÈRE LETTRE DE RÉFÉRENCE..........3 → 153 NON, NE VEUT PAS TRAITEMENT/LETTRE DE RÉFÉRENCE…………4 → 153	OUI, MAIS PRÉFÈRE LETTRE DE RÉFÉRENCE..........3 → 153 NON, NE VEUT PAS TRAITEMENT/LETTRE DE RÉFÉRENCE…………4 → 153
140	**CONSEILLER L'ENQUÊTÉ QU'IL Y'A POSSIBILITÉ DE RÉACTIONS À LA PÉNICILLINE ET POSER DES QUESTIONS D'INVESTIGATION SUR D'ÉVENTUELLES RÉACTIONS ANTÉRIEURES SURVÉNUES SUITE À UNE INJECTION À LA PÉNICILLINE.** Pour la plupart des gens, le traitement est une injection à la pénicilline. Dans de rares cas, une personne peut être allergique à l'injection à la pénicilline, c'est-à-dire présenter des démangeaisons rougeâtres cutanées, gonflement des lèvres, de la bouche ou du visage. Il peut arriver également, mais très rarement que la personne peut avoir le souffle court ou même perdre connaissance. Si vous n'avez jamais été eu aucune de ces réactions, il est très peu probable que vous l'ayez aujourd'hui. Toutefois, juste pour me rassurer, je vai vous poser un certain nombre de questions sur vos expériences passées avec la pénicilline avant que je vous donne le traitement. En plus, je vous informe que je resterais dans les environs près de chez vous pendant deux heures après l'injection et vous pouvez me contacter immédiatement ou contacter n'importe qui dans notre équipe travaillant dans votre localité pour toute réaction allergique qui se manifeste à la suite de votre injection avec la pénicilline.				
141	À votre connaissance, avez-vous déjà reçu une injection de la pénicilline?	OUI………………..……….. 1 NON/PAS SÛR ….…...... 2→143	OUI………………..……….. 1 NON/PAS SÛR ….…...... 2→143	OUI………………..……….. 1 NON/PAS SÛR ….…...... 2→143	OUI………………..……….. 1 NON/PAS SÛR ….…...... 2→143
142	Avez-vous eu des réactions à la suite de ces injections de la pénicilline?	OUI………………..………. 1→147 NON/PAS SÛR ….…...... 2	OUI………………..………. 1→147 NON/PAS SÛR ….…...... 2	OUI………………..………. 1→147 NON/PAS SÛR ….…...... 2	OUI………………..………. 1→147 NON/PAS SÛR ….…...... 2
143	Avez-vous déjà reçu n'importe quelle autre injection?	OUI………………..……….. 1 NON/PAS SÛR ….…...... 2→145	OUI………………..……….. 1 NON/PAS SÛR ….…...... 2→145	OUI………………..……….. 1 NON/PAS SÛR ….…...... 2→145	OUI………………..……….. 1 NON/PAS SÛR ….…...... 2→145
144	Avez-vous eu des réaction à ces autres injections?	OUI………………..………. 1→147 NON/PAS SÛR ….…...... 2	OUI………………..………. 1→147 NON/PAS SÛR ….….......2	OUI………………..………. 1→147 NON/PAS SÛR ….…...... 2	OUI………………..………. 1→147 NON/PAS SÛR ….…...... 2
145	**DEMANDER LE CONSENTEMENT POUR L'INJECTION DE LA PÉNICILLINE.** Je voudrais vous faire une injection de la pénicilline. Vous aurez besoin d'une seule injection. Toutefois,, si vous le voulez, je peux vous donner des comprimés d'antibiotiques ou une lettre pour vous référer au centre de santé le plus proche où vous pourrez obtenir des traitements.				
145A	Pus-je vous faire l'injection de la pénicilline maintenant?	OUI _________..........1 SIGNER NON, PRÉFÈRE DES COMPRIMÉS.. ....2 → 147 NON, PRÉFÈRE LA LETTRE DE RÉFÉRRENCE.....3 → 153 NON, NE VEUT PAS TRAITEMENT/ NI SUIVI……………..........4 → 153	OUI _________..........1 SIGNER NON, PRÉFÈRE DES COMPRIMÉS.. ....2 → 147 NON, PRÉFÈRE LA LETTRE DE RÉFÉRRENCE.....3 → 153 NON, NE VEUT PAS TRAITEMENT/ NI SUIVI……………..........4 → 153	OUI _________..........1 SIGNER NON, PRÉFÈRE DES COMPRIMÉS.. ....2 → 147 NON, PRÉFÈRE LA LETTRE DE RÉFÉRRENCE.....3 → 153 NON, NE VEUT PAS TRAITEMENT/ NI SUIVI……………..........4 → 153	OUI _________..........1 SIGNER NON, PRÉFÈRE DES COMPRIMÉS.. ....2 → 147 NON, PRÉFÈRE LA LETTRE DE RÉFÉRRENCE.....3 → 153 NON, NE VEUT PAS TRAITEMENT/ NI SUIVI……………..........4 → 153
146	FAIRE L'INJECTION DE LA PÉNICILLINE. Il est très rare que vous ayez une réaction à la pénicilline. cependant, si vous ressentez certaine des symptômes d'une réaction à la pénicilline, qui sont démangeaisons rougeâtres de la peau, gonflement du visage, de la bouche, de la langue ou des difficultés de respirer, vous devez immédiatement me contacter ou contacter n'importe quel membre de notre équipe travaillant dans votre localité, ou aussi vous pouvez vous rendre immédiatement dans un centre de santé.				→ 153
147	**DEMANDER CONSENTEMENT POUR LES COMPRIMÉS D'ANTIBIOTIQUES.** Dès l'instant qu'il est possible que vous aurez une réaction à l'injection de la pénicilline, je voudrais vous donner des comprimés d'antibiotiques, si vous l'acceptez. Mais si cela aussi ne vous convient pas, je peux vous donner une lettre pour vous référer au centre de santé le plus proche pour recevoir un traitement.				
147A	Pus-je avoir votre consentement pour vous donner des comprimés d'antibiotiques?	OUI _________..........1 SIGNER NON, PRÉFÈRE LA LETTRE DE RÉFÉRRENCE.....2 → 153 NON, NE VEUT PAS TRAITEMENT/ NI SUIVI …………..........3 → 153	OUI _________..........1 SIGNER NON, PRÉFÈRE LA LETTRE DE RÉFÉRRENCE.....2 → 153 NON, NE VEUT PAS TRAITEMENT/ NI SUIVI …………..........3 → 153	OUI _________..........1 SIGNER NON, PRÉFÈRE LA LETTRE DE RÉFÉRRENCE.....2 → 153 NON, NE VEUT PAS TRAITEMENT/ NI SUIVI …………..........3 → 153	OUI _________..........1 SIGNER NON, PRÉFÈRE LA LETTRE DE RÉFÉRRENCE.....2 → 153 NON, NE VEUT PAS TRAITEMENT/ NI SUIVI …………..........3 → 153
148	SEXE	HOMME………………..1 → 150 FEMME………………. . 2	HOMME………………..1 → 150 FEMME………………. ..2	HOMME………………..1 → 150 FEMME………………. .2	HOMME………………..1 → 150 FEMME………………. .2

149	Êtes-vous enceinte en ce moment? [ENREGISTRER RÉPONSE À PARTIR DE LA Q. 226 DU QUESTIONNAIRE FEMME]	OUI……………………….1 →151 NON……………………… 2	OUI……………………….1 →151 NON……………………… 2	OUI…………………….1 →151 NON…………………… 2	OUI…………………….1 →151 NON…………………… 2
150	**DONNER LES COMPRIMÉS DE DOXYCYCLINE ET MONTRER COMMENT LE PRENDRE.**				→ 152
151	**DONNER LES COMPRIMÉS D'ERYTHROMYCINE ET MONTRER COMMENT LE PRENDRE.**				
152	Il est possible que vous faites de la fièvre accompagnée de maux de tête et de douleurs musculaires au cours des premières 24 heures après le traitement. Ceci est une réponse normale au traitement. Si vous le voulez, vous pouvez prendre de l'aspirine ou du panadole au cas où vous aurez ces symptômes.				

	ENREGISTRER LE N.O. DE LIGNE.	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐
		(1)	(2)	(3)	(4)
153	Il est possible que cette infection vous ait été transmise par un ou des partenaires sexuels. Par conséquent, il est très important de traiter votre partenaire aujourd'hui, s'il/elle est disponible et n'est pas membre du ménage ou d'un autre ménage de l'enquête. **POUR CES PARTENAIRES NON MEMBRES DES MÉNAGES DE L'EDS, LE TRAITEMENT SERA BASÉ SUR LA SEULE PRÉSOMPTION D'INFECTION, LAQUELLE N'A PAS BESOIN D'AUTRE TEST DE DIAGNOSTIQUE DU MOMENT OÙ L'UN DES PARTENAIRES SEXUELS A DÉJÀ ÉTÉ TESTÉ POSITIF POUR LA SYPHILIS. AUSSI, L'INFORMATION SUR LE TRAITEMENT NE SERA PAS ENREGISTRÉE DANS LE QUESTIONNAIRE.** **SI LE PARTENAIRE N'EST PAS DISPONIBLE OU SI L'ENQUÊTÉ NE VEUT QUE VOUS CONTACTEZ LE PARTENAIRE, ALORS OFFREZ UNE LETTRE POUR RÉFÉRER LE PARTENAIRE AU CENTRE DE SANTÉ LE PLUS PROCHE POUR TRAITEMENT.**				
154	ACCORD POUR TRAITER LE PARTENAIRE.	OUI…………………….1→156 NON…………………… 2	OUI…………………….1→156 NON…………………… 2	OUI…………………….1→156 NON…………………… 2	OUI…………………….1→156 NON…………………… 2
155	Pus-je vous donner une lettre pour référer votre partenaire au centre de santé le plus proche?	OUI……………………….1 NON……………………… 2	OUI……………………….1 NON……………………… 2	OUI……………………….1 NON……………………… 2	OUI……………………….1 NON……………………… 2
156		RETOURNER À 139 POUR L'ENQUÊTÉ SUIVANT DU MÉNAGE AYANT BESOIN DE TRAITEMENT OU SUIVI. OU VÉRIFIER À 127 POUR L'ENQUÊTÉ SUIVANT POUR LE TEST DE SANG. SI PAS D'ENQUÊTÉ, CONTINUER À 157.	RETOURNER À 139 POUR L'ENQUÊTÉ SUIVANT DU MÉNAGE AYANT BESOIN DE TRAITEMENT OU SUIVI. OU VÉRIFIER À 127 POUR L'ENQUÊTÉ SUIVANT POUR LE TEST DE SANG. SI PAS D'ENQUÊTÉ, CONTINUER À 157.	RETOURNER À 139 POUR L'ENQUÊTÉ SUIVANT DU MÉNAGE AYANT BESOIN DE TRAITEMENT OU SUIVI. OU VÉRIFIER À 127 POUR L'ENQUÊTÉ SUIVANT POUR LE TEST DE SANG. SI PAS D'ENQUÊTÉ, CONTINUER À 157.	RETOURNER À 139 POUR L'ENQUÊTÉ SUIVANT DU MÉNAGE AYANT BESOIN DE TRAITEMENT OU SUIVI. OU VÉRIFIER À 127 POUR L'ENQUÊTÉ SUIVANT POUR LE TEST DE SANG. SI PAS D'ENQUÊTÉ, CONTINUER À 157.
	TRAITEMENT DU PARTENAIRE SEXUEL ET RÉSULTAT				
157	**VÉRIFIER À 154 SI L'ENQUÊTÉ A ACCEPTÉ QUE VOUS TRAITEZ SON PARTENAIRE (CODE 1 ENCERCLE). SI PARTENAIRE EST DISPONIBLE ET VEUT ÊTRE TRAITÉ, AVANT DE PASSER AU TRAITEMENT, VÉRIFIER AVEC LE PARTENAIRE SUR LA POSSIBILITÉ D'ALLERGIE À LA PÉNICILLINE EN COMPLÉTANT LES QUESTIONS 139-153 POUR LE PARTENAIRES DE FAÇON APPROPRIÉE.** **S'IL N'Y A PAS DE PARTENAIRES, PASSER À 161.**				
158		**TRAITER LE PARTENAIRE SELON LE PROTOCOLE AUX QUESTIONS 139-153.**	**TRAITER LE PARTENAIRE SELON LE PROTOCOLE AUX QUESTIONS 139-153.**	**TRAITER LE PARTENAIRE SELON LE PROTOCOLE AUX QUESTIONS 139-153.**	**TRAITER LE PARTENAIRE SELON LE PROTOCOLE AUX QUESTIONS 139-153.**
159	Est-ce que le partenaire a reçu le traitement?	OUI…………………….1→161 NON…………………… 2	OUI…………………….1→161 NON…………………… 2	OUI…………………….1→161 NON…………………… 2	OUI…………………….1→161 NON…………………… 2
160	RAISON, POURQUOI LE TRAITEMENT N'A PAS ÉTÉ DONNÉ AU PARTENAIRE?	PARTENAIRE A REFUSÉ TRAITEMENT, MAIS ACCEPTÉ LETTRE DE RÉFÉ-RENCE .... 1 PARTENAIRE A REFUSÉ TRAITEMENT ET LETTRE DE RÉFÉRENCE .... 2 PARTENAIRE ABSENT 3	PARTENAIRE A REFUSÉ TRAITEMENT, MAIS ACCEPTÉ LETTRE DE RÉFÉ-RENCE .... 1 PARTENAIRE A REFUSÉ TRAITEMENT ET LETTRE DE RÉFÉRENCE......................... 2 PARTENAIRE ABSENT 3	PARTENAIRE A REFUSÉ TRAITEMENT, MAIS ACCEPTÉ LETTRE DE RÉFÉ-RENCE ....1 PARTENAIRE A REFUSÉ TRAITEMENT ET LETTRE DE RÉFÉRENCE.........................2 PARTENAIRE ABSENT.........3	PARTENAIRE A REFUSÉ TRAITEMENT, MAIS ACCEPTÉ LETTRE DE RÉFÉ-RENCE.................................. 1 PARTENAIRE A REFUSÉ TRAITEMENT ET LETTRE DE RÉFÉRENCE .... 2 PARTENAIRE ABSENT 3

	SOMMAIRE DES RÉSULTATS DES TESTS DES ENQUÊTÉS DE L'EDSMD-2003
161	APRÈS AVOIR EFFECTUÉ TOUTES LES VISITES DE RAPPEL DANS LE MÉNAGE, VÉRIFIER ET ENREGISTRER LE RÉSULTAT FINAL DE PRÉLÈVEMENT DE SANG POUR LE TEST D'ANÉMIE ET LE TEST DE LA SYPHILIS POUR CHAQUE ENQUÊTÉ.

161A	**CODE RÉSULTAT DU TEST D'ANÉMIE** 1 MÉSURÉ 2 ABSENT 3 REFUS 6 AUTRE_______	☐ ___________ (PRÉCISER)	☐ ___________ (PRÉCISER)	☐ ___________ (PRÉCISER)	☐ ___________ (PRÉCISER)
161B	**CODE RÉSULTAT POUR LE TEST DE SYPHILIS PAR LA MÉTHODE ABBOTT** 1 TESTÉ 2 ABSENT 3 REFUS 6 AUTRE_______	☐ ___________ (PRÉCISER)	☐ ___________ (PRÉCISER)	☐ ___________ (PRÉCISER)	☐ ___________ (PRÉCISER)
161C	**CODE RÉSULTAT POUR LE TEST DE SYPHILIS PAR LA MÉTHODE RPR** 1 TESTÉ 2 ABSENT 3 REFUS 6 AUTRE_______	☐ ___________ (PRÉCISER)	☐ ___________ (PRÉCISER)	☐ ___________ (PRÉCISER)	☐ ___________ (PRÉCISER)

162	APRÈS AVOIR EFFECTUÉ TOUTES LES VISITES DE RAPPEL DANS LES MÉNAGES, ENREGISTRER LE NOMBRE TOTAL D'ENQUÊTÉS POUR QUI LES TESTS D'ANÉMIE ONT ÉTÉ COMPLÉTÉS (C'EST-À-DIRE, CODE 1 MARQUÉ AUX QUESTIONS 12A ET 161A)	ANÉMIE ☐☐
162A	APRÈS AVOIR EFFECTUÉ TOUTES LES VISITES DE RAPPEL DANS LES MÉNAGES, ENREGISTRER LE NOMBRE TOTAL D'ENQUÊTÉS POUR QUI LES TESTS SYPHILIS ABBOTT UTILISANT LE SANG CAPILLAIRE DU DOIGT ONT ÉTÉ COMPLÉTÉS (C'EST-À-DIRE, CODE 1 MARQUÉ À QUESTION 161B)	SYPHILIS ABBOTT ☐☐
162B	APRÈS AVOIR EFFECTUÉ TOUTES LES VISITES DE RAPPEL DANS LES MÉNAGES, ENREGISTRER LE NOMBRE TOTAL D'ENQUÊTÉS POUR QUI LES TESTS SYPHILIS RPR SYPHILIS UTILISANT LE SANG DES VEINES ONT ÉTÉ COMPLÉTÉS (C'EST-À-DIRE, CODE 1 MARQUÉ À QUESTION 161C)	SYPHILIS RPR ☐☐
163	**FIN DU TEST D'ANÉMIE ET DE SYPHILIS DANS LE MÉNAGE.**	

TEST D'ANÉMIE ET DE SYPHILIS

OBSERVATIONS DE L'INFIRMIÈRE/TECHNICIEN DE LABORATOIRE

À REMPLIR APRÈS AVOIR TERMINÉ LES TESTS
(SI LE QUESTIONNAIRE N'A PAS ÉTÉ REMPLI, EXPLIQUER)

____
____
____
____
____
____
____
____

NOM DE L'INFIRMIÈRE :____ DATE: ______________________________________

OBSERVATIONS DU TECHNICIEN DE LABORATOIRE

À REMPLIR APRÈS AVOIR TERMINÉ LA VERIFICATION DU QUESTIONNAIRE

____
____
____
____
____
____
____
____

NOM DU TECHNICIEN DE LABORATOIRE :_____________________________________ DATE: _____________________________

OBSERVATIONS DE LA CONTROLEUSE

À REMPLIR APRÈS AVOIR TERMINÉ LA VERIFICATION DU QUESTIONNAIRE

____
____
____
____
____
____

NOM DE LA CONTRÔLEUSE :____ DATE: ___________________________________

TEST DE TÉTANOS ET DE ROUGEOLE POUR LES ENFANTS 0-5 ANS

AVANT DE PROCÉDER AU TEST DE TÉTANOS ET DE LA ROUGEOLE POUR UN ENEFANT, VOUS DEVEZ D'ABORD OBTENIR LE CENSENTEMENT ÉCLAIRÉ DU PARENT/ADULTE RESPONSIBLE DE L'ENFANT.

Dans cette enquête, nous voulons connaître le niveau de la protection vaccinale des enfants contre les infections de tétanos et de rougeole. Le tétanos et la rougeole sont des maladies très fréquentes chez les enfants à Madagascar. Elles sont dues au manque de vaccination adéquate des enfants et des mères au moment de la grossesse. Les résultats de cette enquête permettront d'aider le gouvernement à mettre en place des programmes de vaccination adéquate pour prévenir ces infections chez les enfants de Madagascar.

Nous voudrions tous vos enfants de 0-5 ans participent au test de tétanos et de rougeole en donnant quelques gouttes de sang du doigt, ou du talon quand l'enfant est âgé de moins de 6 mois. Pour ce test, on utilise des instruments stérilisés et non-réutilisables qui sont propres et sans risque. Le sang sera analysé dans un laboratoire central et vos résultats ne pourront pas vous êtres communiqués. Les résultats sont confidentiels et nous ne serons pas en mesure de vous communiquer vos résultats.

Avez-vous des questions?

Nous voudrions que [NOM DE L'ENFANT] participe au test de tétanos et de rougeole. Vous pouvez accepter ou refuser. C'est à vous de décider.

Maintenant, est-ce que vous acceptez que [NOM DE L'ENFANT] participe au test ?

ENREGISTRER.SI LE PARENT (OU AUTRE ADULTE) DANS LE MÉNAGE ACCEPTE, ENCERCLER '1' ET SIGNER AUX QUESTIONS 206 ET 207. SI LE PARENT (OU AUTRE ADULTE) DU MÉNAGE RÉFUSE, ENCERCLER '2', ENSUITE PASSER À LA QUESTION 211 ET ENREGISTRER LE RÉSULTAT FINAL '3' (RÉFUSER).

POUR CHAUE ENFANT, QUI SERA TESTÉ, ENREGISTRER LE CODE RÉSULTAT À LA QUESTION 211-211B.

ENREGISTRER LE N^O. DE LIGNE.		☐☐		☐☐		☐☐		☐☐	
		(1)		(2)		(3)		(4)	
N^O.	QUESTIONS/ INSTRUCTIONS	**TEST DU TÉTANOS ET DE LA ROUGEOLE CHEZ LES ENFANTS 0-5 ANS**							
201	**VÉRIFIER EN COLONNE 9 DANS LE QUESTIONNAIRE MÉNAGE. DANS LES QUESTIONS 202, 203, 204 ET 205 CI-DESSOUS, ENREGISTER LE(S) NOM(S), LE SEXE, L'ÂGE ET LE NUMÉRO DE LIGNE DU PARENT (OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE) POUR TOUS LES ENFANTS 0-5 ANS. LISTER TOUS LES ENFANTS DANS L'ORDRE DANS LEQUEL ILS APPARAISSENT DANS LE QUESTIONNAIRE MÉNAGE. LE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ POUR LE TEST DE TÉTANOS ET DE ROUGEOLE POUR LES ENFANTS EST LOCALISÉ À LA PAGE OPPOSÉE À CELLE-CI.** **POUR LA QUESTION 205, IDENTIFIER LE PARENT OU L'ADULTE RESPONSABLE DE(S) ENFANT(S), À QUI VOUS DEMANDEREZ LE CONSENTEMENT POUR QUE L'ENFANT PARTICIPE AU TEST. ENREGISTRER LE(S) NUMÉRO(S) DE LIGNE À PARTIR DES COLONNES 8 OU 8A DU QUESTIONNAIRE MÉNAGE OU ENREGISTRER '00' SI LE PARENT OU L'ADULTE DÉSIGNÉ N'EST PAS LISTÉ DANS LE QUESTIONNAIRE MÉNAGE.**								
202	ENREGISTRER LE NOM, SEXE ET ÂGE DE TOUS LES ENFANTS 0-5 ANS. INSCRIRE LE NOMBRE TOTAL D'ENFANTS ÉLIGIBLES SUR LA PAGE COUVERTURE DE CE QUESTIONNAIR.	NOM ____________________		NOM ____________________		NOM ____________________		NOM ____________________	
203		Masculin…………………….. 1 Féminin…………..………..... 2		Masculin…………………….. 1 Féminin…………..………..... 2		Masculin…………………….. 1 Féminin…………..………..... 2		Masculin…………………….. 1 Féminin…………..………..... 2	
204		Âge ☐☐		☐☐		☐☐		☐☐	
205	N^O. DE LIGNE DU PARENT/ ADULTE OU MARQUER '00' S'IL N'EST PAS LISTÉ DANS LE QUEST. MÉNAGE	☐☐		☐☐		☐☐		☐☐	
206	ENREGISTRER LE RÉSULTAT DU CONSENTE-MENT DU PARENT/ AUTRE ADULT POUR LE TEST DE TÉTANOS	1 A ACCEPTÉ SIGNER ________	2 REFUSÉ SIGNER ________	1 A ACCEPTÉ SIGNER ________	2 REFUSÉ SIGNER ________	1 A ACCEPTÉ SIGNER ________	2 REFUSÉ SIGNER ________	1 A ACCEPTÉ SIGNER ________	2 REFUSÉ SIGNER ________
207	ENREGISTRER LE RÉSULTAT DU CONSENTE-MENT DU PARENT/ AUTRE ADULT POUR LE TEST DE ROUGEOLE	1 A ACCEPTÉ SIGNER ________	2 REFUSÉ SIGNER ________	1 A ACCEPTÉ SIGNER ________	2 REFUSÉ SIGNER ________	1 A ACCEPTÉ SIGNER ________	2 REFUSÉ SIGNER ________	1 A ACCEPTÉ SIGNER ________	2 REFUSÉ SIGNER ________
208	VÉRIFIER Q 206 ET 207	1 PARENT/ AUTRE ADULTE A ACCEPTÉ L'UN OU LES DEUX TESTS ↓	2 A REFUSÉ LES DEUX TESTS→ 211	1 PARENT/ AUTRE ADULTE A ACCEPTÉ L'UN OU LES DEUX TESTS ↓	2 A REFUSÉ LES DEUX TESTS→ 211	1 PARENT/ AUTRE ADULTE A ACCEPTÉ L'UN OU LES DEUX TESTS ↓	2 A REFUSÉ LES DEUX TESTS→ 211	1 PARENT/ AUTRE ADULTE A ACCEPTÉ L'UN OU LES DEUX TESTS ↓	2 A REFUSÉ LES DEUX TESTS→ 211
209	SI A ACCEPTÉ L'UN OU LES DEUX TESTS COLLER LA PREMIÈRE ÉTIQUETTE CODES À BARRES D'UNE RANGÉE.	COLLER LA PREMIÈRE ÉTIQUETTE CODES À BARRES D'UNE RANGÉE ICI		COLLER LA PREMIÈRE ÉTIQUETTE CODES À BARRES D'UNE RANGÉE ICI		COLLER LA PREMIÈRE ÉTIQUETTE CODES À BARRES D'UNE RANGÉE ICI		COLLER LA PREMIÈRE ÉTIQUETTE CODES À BARRES D'UNE RANGÉE ICI	
210	**PREPARER LE MATERIELS NÉCESSAIRES POUR EFFECTUER LE PRÉLÈVEMENT DES GOUTTES DE SANG POUR LE TEST DE TÉTANOS ET DE LA ROUGEOLE.** **COLLER LA DEUXIÈME ÉTIQUETTE CODES À BARRES DE LA MÊME RANGÉE SUR LE PAPIER FILTRE QUE VOUS ALLEZ UTILISER POUR LE TÉTANOS POUR L'ENFANT, ET LA TROISIÈME ÉTIQUETTE SUR LE PAPIER FILTRE QUE VOUS ALLEZ UTILISER POUR LA ROUGEOLE POUR L'ENFANT.** ENSUITE VOUS COLLEZ LA QUATRIÈME ÉTIQUETTE CODES À BARRES SUR LA FICHE DE TRANSMISSION DES PRÉLÈVEMENTS POUR LE TÉTANOS ET LA CINQUIÈME ÉTIQUETTE SUR LA FICHE DE TRANSMISSION DES PRÉLÈVEMENTS POUR LA ROUGEOLE.								
SOMMAIRE DES RÉSULTATS DES TESTS DE TÉTANOS ET DE ROUGEOLE POUR LES ENFANTS DANS L'EDSMD-2003									
211	**ENREGISTRER LE RÉSULTAT FINAL À QUESTION 211A ET 211B.** APRÈS AVOIR EFFECTUÉ TOUTES LES VISITES DE RAPPEL DANS LE MÉNAGE, VÉRIFIER ET ENREGISTRER LE RÉSULTAT FINAL DE PRÉLÈVEMENT DE SANG POUR LES TESTS DE TÉTANOS ET DE ROUGEOLE POUR CHAQUE ENFANT**.**								
211A	**CODE RÉSULTAT DU TEST DE TÉTANOS** 1 MÉSURÉ 2 ABSENT 3 REFUS 6 AUTRE_______	☐ ____________ (PRÉCISER)		☐ ____________ (PRÉCISER)		☐ ____________ (PRÉCISER)		☐ ____________ (PRÉCISER)	

211B	**CODE RÉSULTAT DU TEST DE ROUGEOLE** 1 MÉSURÉ 2 ABSENT 3 REFUS 6 AUTRE_______	☐ ____________ (PRÉCISER)	☐ ____________ (PRÉCISER)	☐ ____________ (PRÉCISER)	☐ ____________ (PRÉCISER)
212		RETOURNER À 202 POUR L'ENFANT SUIVANT. SI PLUS D'ENFANT, CONTINUER À 213.	RETOURNER À 202 POUR L'ENFANT SUIVANT. SI PLUS D'ENFANT, CONTINUER À 213.	RETOURNER À 202 POUR L'ENFANT SUIVANT. SI PLUS D'ENFANT, CONTINUER À 213.	RETOURNER À 202 POUR L'ENFANT SUIVANT. SI PLUS D'ENFANT, CONTINUER À 213.
213	APRÈS AVOIR EFFECTUÉ TOUTES LES VISITES DE RAPPEL DANS LES MÉNAGES, ENREGISTER LE NOMBRE TOTAL D'ENFANTS POUR LESQUELS LE TEST DE TÉTANOS A ÉTÉ COMPLÉTÉ (C'EST-À-DIRE, CODE 1 ENREGISTRÉ À Q. 211A)				TÉTANOS ☐☐
214	APRÈS AVOIR EFFECTUÉ TOUTES LES VISITES DE RAPPEL DANS LES MÉNAGES, ENREGISTER LE NOMBRE TOTAL D'ENFANTS POUR LESQUELS LE TEST DE ROUGEOLE A ÉTÉ COMPLÉTÉ (C'EST-À-DIRE, CODE 1 ENREGISTRÉ À Q. 211B)				ROUGEOLE ☐☐

TEST DE TÉTANOS POUR LES FEMMES

Consentement Éclairé

Comme part de cette enquête, nous voulons connaître le niveau de la protection vaccinale des femmes contre l'infection de tétanos. Le tétanos est un problème sérieux de santé, qui résulte d'un manque de vaccination adéquate des mères pendant la grossesse. Les résultats de cette enquête permettront d'aider le gouvernement à mettre en place des programmes de vaccination adéquate pour prévenir ces infections chez les femmes et les enfants de Madagascar.

Nous voudrions que vous participiez à ce test de tétanos en donnant quelques gouttes de sang du doigt. Pour ce test on utilise des instruments neufs, stérilisés et non-réutilisables qui sont propres et sans risque. Le sang sera analysé dans un laboratoire central et vos résultats ne pourront pas vous êtres communiqués. Les résultats sont confidentiels.

Avez-vous des questions?

Nous voudrions que vous participiez à ce test de tétanos. Vous pouvez accepter ou de refuser. C'est à vous de décider.

DEMANDER LE CONSEMENT DU PARENT OU L'ADULTE RESPONSABLE DU JEUNE DE 15-17 ANS:

Maintenant, est-ce que vous acceptiez que [JEUNE DE 15-17 ANS] participe au test de tétanos?
ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ À Q.306 ET SIGNER.

DEMANDER LE CONSENTEMENT À L'ENQUÊTÉ DE 18 ANS OU PLUS ET AU JEUNE DE 15-17 ANS DONT LE PARENT/ADULTE RESPONSABLE A CONSENTIT :

Maintenant, est-ce que vous acceptiez de participer au test de tétanos?
ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ À Q. 307 ET SIGNER.

ENREGISTRER LE N.O. DE LIGNE.		☐☐	☐☐	☐☐	☐☐
		(1)	(2)	(3)	(4)
N.O.	QUESTIONS/ INSTRUCTIONS	**TEST DE TÉTANOS POUR LES FEMMES**			
301	**VÉRIFIER LE QUESTIONNAIRE MÉNAGE ET IDENTIFIER TOUTES LES FEMMES DE 15-49 QUI SONT RÉSIDENTS OU ÉTAIENT VISITEURS DANS LE MÉNAGE LA NUIT PRÉCÉDANT L'ENQUÊTE.** **ENREGISTRER LE NUMÉRO DE LA VISITE À LAQUELLE L'ENQUÊTÉE ÉRAIT PRÉSENTE À LA QUESTION 304 CI-DESSOUS.** **AVANT DE CONDUIRE LE TEST DE TÉTANOS, VOUS DEVEZ OBTENIR LE CONSENTEMENT DE CHAQUE ENQUÊTÉE DANS LE CAS D'UNE ENQUÊTÉE ÂGÉE DE 15-17, VOUS DEVEZ D'ABORD OBTENIR LE CONSENTEMENT DU PARENT OU D'UN AUTRE ADULTE RESPONSIBLE DANS LE MÉNAGE. LE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ POUR LE TEST DE TÉTANOS POUR LES FEMMES EST LOCALISÉ À LA PAGE OPPOSÉE À CELLE-CI, ET LES RÉSULTATS SONT ENREGISTRÉS AUX QUESTIONS 306 ET 307 CI-DESSOUS.**				
302	ENREGISTRER LE NOM ET L'ÂGE DE TOUTES LES FEMMES POUR LE TEST DE TÉTANOS.	NOM ____________________	NOM ____________________	NOM ____________________	NOM ____________________
303	INSCRIRE LE NOMBRE DE FEMMES ÉLIGIBLES SUR LA PAGE COUVERTURE DE CE QUESTIONNAIR.	Âge ☐☐	☐☐	☐☐	☐☐
304	ENCERCLER LE N.O. DE VISITE À LA QUELLE L'ENQUÊTÉE ÉTAIT PRÉSENTE POUR LE TEST	VISITE / OUI / NON 1.ère. 1 2 2.èME. 1 2 3.ème. 1 2	VISITE / OUI / NON 1.ère. 1 2 2.èME. 1 2 3.ème. 1 2	VISITE / OUI / NON 1.ère. 1 2 2.èME. 1 2 3.ème. 1 2	VISITE / OUI / NON 1.ère. 1 2 2.èME. 1 2 3.ème. 1 2
	CONSENTEMENT POUR LE TEST DE TÉTANOS POUR LES FEMMES				
305	VÉRIFIER ÂGE À Q. 303	1 15-17 ↓ / 2 18 0U PLUS→307	1 15-17 ↓ / 2 18 0U PLUS→307	1 15-17 ↓ / 2 18 0U PLUS→307	1 15-17 ↓ / 2 18 0U PLUS→307
306	ENREGISTRER LE CONSENTEMENT DU PARENT OU AUTRE ADULTE POUR <u>LE TEST DE TÉTANOS</u>	1 A ACCEPTÉ ↓ SIGNER ________ / 2 A REFUSÉ ↓ SIGNER ________ PASSER À→ 310	1 A ACCEPTÉ ↓ SIGNER ________ / 2 A REFUSÉ ↓ SIGNER ________ PASSER À→ 310	1 A ACCEPTÉ ↓ SIGNER ________ / 2 A REFUSÉ ↓ SIGNER ________ PASSER À→ 310	1 A ACCEPTÉ ↓ SIGNER ________ / 2 A REFUSÉ ↓ SIGNER ________ PASSER À→ 310
307	ENREGISTRER LE CONSENTEMENT DE L'ENQUÊTÉE POUR <u>LE TEST DE TÉTANOS</u>	1 A ACCEPTÉ ↓ SIGNER ________ / 2 A REFUSÉ ↓ SIGNER ________ PASSER À→ 310	1 A ACCEPTÉ ↓ SIGNER ________ / 2 A REFUSÉ ↓ SIGNER ________ PASSER À→ 310	1 A ACCEPTÉ ↓ SIGNER ________ / 2 A REFUSÉ ↓ SIGNER ________ PASSER À→ 310	1 A ACCEPTÉ ↓ SIGNER ________ / 2 A REFUSÉ ↓ SIGNER ________ PASSER À→ 310
308	VÉRIFIER 307 SI A ACCEPTÉ LE TEST DE TÉTANOS, COLLER LA PREMIÈRE ÉTIQUETTE CODES À BARRES D'UNE RANGÉE.	COLLER LA PREMIÈRE ÉTIQUETTE CODES À BARRES D'UNE RANGÉE ICI	COLLER LA PREMIÈRE ÉTIQUETTE CODES À BARRES D'UNE RANGÉE ICI	COLLER LA PREMIÈRE ÉTIQUETTE CODES À BARRES D'UNE RANGÉE ICI	COLLER LA PREMIÈRE ÉTIQUETTE CODES À BARRES D'UNE RANGÉE ICI
309	**PREPARER LES MATERIELS NÉCESSAIRES POUR EFFECTUER LE PRÉLÈVEMENT DES GOUTTES DE SANG POUR LE TEST DE TÉTANOS. COLLER LA DEUXIÈME ÉTIQUETTE CODES À BARRES DE LA MÊME RANGÉE SUR LE PAPIER FILTRE SUR LAQUELLE VOUS ALLEZ EFFECTUER LE PRÉLÈVEMENT DE GOUTTES DE SANG POUR L'ENQUÊTÉ. ENSUITE VOUS COLLEZ LA TROISIÈME ÉTIQUETTE CODES À BARRES SUR LA FICHE DE TRANSMISSION DES PRÉLÈVEMENTS SUR PAPIER FILTRES POUR LE TÉTANOS.**				
	SOMMAIRE DES RÉSULTATS DES TESTS DANS L'EDSMD-2003				
310	**ENREGISTRER LE RÉSULTAT FINAL À QUESTION 310A.** APRÈS AVOIR EFFECTUÉ TOUTES LES VISITES DE RAPPEL DANS LE MÉNAGE, VÉRIFIER ET ENREGISTRER LE RÉSULTAT FINAL DE PRÉLÈVEMENT DE SANG POUR LES TESTS DE TÉTANOS POUR CHAQUE ENQUÊTÉE**.**				
310A	**CODE RÉSULTAT DU TEST DE TÉTANOS POUR LES FEMMES** 1 MÉSURÉ 2 ABSENT 3 REFUS 6 AUTRE_______	☐ ____________ (PRÉCISER)	☐ ____________ (PRÉCISER)	☐ ____________ (PRÉCISER)	☐ ____________ (PRÉCISER)

311		RETOURNER À 302 POUR L'EN-QUÊTÉE SUIVANTE. SI PLUS D'ENQUÊTÉE, CONTINUER À 312.	RETOURNER À 302 POUR L'ENQUÊTÉE SUIVANTE. SI PLUS D'ENQUÊTÉE, CONTINUER À 312.	RETOURNER À 302 POUR L'ENQUÊTÉE SUIVANTE. SI PLUS D'ENQUÊTÉE, CONTINUER À 312.	RETOURNER À 302 POUR L'ENQUÊTÉE SUIVANTE. SI PLUS D'ENQUÊTÉE, CONTINUER À 312.
312	APRÈS AVOIR EFFECTUÉ TOUTES LES VISITES DE RAPPEL DANS LES MÉNAGES, ENREGISTER LE NOMBRE TOTAL DE FEMMES ET D'ENFANTS POUR LESQUELS LE TEST DE TÉTANOS A ÉTÉ COMPLÉTÉ (C'EST-À-DIRE, CODE 1 ENREGISTRÉ À Q. 211A ET 310A).				TÉTANOS
312A	APRÈS AVOIR EFFECTUÉ TOUTES LES VISITES DE RAPPEL DANS LES MÉNAGES, ENREGISTER LE NOMBRE TOTAL D'ENFANTS POUR LESQUELS LE TEST DE ROUGEOLE A ÉTÉ COMPLÉTÉ (C'EST-À-DIRE, CODE 1 ENREGISTRÉ À Q. 211B).				ROUGEOLE
313	**FIN DU TEST DE TÉTANOS ET DE ROUGEOLE DANS LE MÉNAGE.**				

TEST DE TÉTANOS ET DE ROUGEOLE

OBSERVATIONS DE L'INFIRMIÈRE/TECHNICIEN DE LABORATOIRE

À REMPLIR APRÈS AVOIR TERMINÉ LES TESTS

(SI LE QUESTIONNAIRE N'A PAS ÉTÉ REMPLI, EXPLIQUER)

____

____

____

____

____

____

____

____

NOM DE L'INFIRMIÈRE :____ DATE: ____

OBSERVATIONS DE LA CONTROLEUSE

À REMPLIR APRÈS AVOIR TERMINÉ LA VERIFICATION DU QUESTIONNAIRE

____

____

____

____

____

____

____

____

NOM DE LA CONTROLEUSE :____ DATE: ____

OBSERVATIONS DU CHEF D'EQUIPE

À REMPLIR APRÈS AVOIR TERMINÉ LA VERIFICATION DU QUESTIONNAIRE

____

____

____

____

____

NOM DU CHEF D'EQUIPE :____ DATE: ____

Lettre au Médecin pour les Cas de Syphilis positive au test de sang veineux
(Pour les personnes qui veulent se faire traiter dans un établissement de santé)
Madagascar EDSMD-III

Date: _____________

Nom du patient: _________________

Monsieur/Madame le Docteur/Personnel de soins de santé:

La personne ci-dessus nommée a volontairement participé à la troisième Enquête Démographique et de Santé de Madagascar (EDSMD-III) de 2003, organisée par l'Institut National de la Statistique (INSTAT) en collaboration avec le Ministère de la Santé. L'objectif de l'enquête est d'obtenir des informations sur l'état de santé de la population de Madagascar. Dans le cadre de l'enquête, du sang des enquêtés a été prélevé pour le test de la syphilis. Des gouttes de sang entier ont été ainsi prélevées sur lesquelles la méthode des bandelettes de test de ''Abbott's Determine'' a été effectuée pour déterminer tous les cas qui ont déjà été infecté à la syphilis. Ensuite, les résultats positifs au test de Abbott's Determine ont été confirmé à l'aide du test qualitatif RPR utilisant le plasma. Ce patient a été trouvé positif au deux tests (les bandelettes de test Abbott de détermination et le test qualitatif RPR).

Les personnes qui ont eu des résultats de test similaires à ceux de ce patient, ont reçu une injection de 2.4 million unités de benzathine pénicilline. Toutefois, à ceux qui ont eu des réactions à la pénicilline dans le passé, il a été donné un traitement à la Doxycycline 100Mg (1 comprimé x 2/jour pendant 15 jours) aux hommes et aux femmes non enceintes ou de l'Érythromycine 500 Mg (2 comprimés x 2/jour pendant 21 jours) aux femmes enceintes.

Votre patient a préféré se rendre dans un établissement de santé pour recevoir un suivi médical complet. Nous vous suggérons donc de suivre ce patient ainsi que tous ses partenaires sexuels(les) afin de leur fournir le traitement nécessaire.

Nom de l'infirmière/Technicienne de santé:___________________________

Signature:__________________

FICHE MÉNAGE DE SUIVI POUR LES RÉSULTATS DU TEST RPR DE SYPHILIS

FICHE MÉNAGE DE SUIVI POUR LES RÉSULTATS DU TEST RPR DE SYPHILIS

L'INFIRMIÈRE DOIT COMPLÉTER LES INFORMATIONS SUR CETTE FICHE POUR CHAQUE MEMBRE DU MÉNAGE QUI A DONNÉ DU SANG DES VEINES POUR LE TEST RPR DE SYPHILIS.

CETTE FICHE SERA DONNÉE AU TECHNICIEN DE LABORATOIRE EN MÊME TEMPS QUE LE PRÉLÈVEMENT DE SANG DES VEINES QUEI A ÉTÉ PRÉLEVÉ SUR L'ENQUÊTÉ DU MÉNAGE. APRÈS AVOIR COMPLETÉ LE TEST RPR DE SYPHILIS POUR CES ENQUÊTÉS, LE TECHNICIEN DE LABORATOIRE SERA RESPONSABLE D'ENREGISTRER LES RÉSULTATS DE TEST POUR CHAQUE ENQUÊTÉ À LA QUESTION 134 CI-DESSOUS.

L'INFIRMIÈRE COPIERA LES RÉSULTATS DE LA QUESTION 134 DE CETTE FICHE À LA QUESTION 134 DU QUESTIONNAIRE DE PRÉLÈVEMENT DE SANG POUR CHAQUE ENQUÊTÉ QUI ADONNÉ DU SANG DES VEINES POUR CE TEST.

LES DEUX, INFIRMIÈRE ET TECHNICIEN DE LABORATOIRE DEVRONT S'ASSURER QUE LE CODE À BARRES À LA QUESTION 123 EST LE MÊME QUE CELUI DE CETTE FICHE POUR FAIRE LA LIAISON.

NOM DE L'INFIRMIÈRE : ____________________

NUMÉRO DE MÉNAGE	☐☐☐	NUMÉRO DE GRAPPE	☐☐☐

102	ENREGISTRER LE NUMÉRO DE LIGNE, SEXE ET ÂGE DE TOUS LES ENQUÊTÉS ÉLIGIBLES QUI ONT DONNÉ DU SANG DES VEINES POUR LE TEST RPR DE SYPHILIS, ENSUITE COLLER LE CODE À BARRE IDENTIQUE À CELUI DE LA QUESTION 123 DU QUESTIONNAIRE POUR LE PRÉLÈVEMENT DE SANG.	N° DE LIGNE	☐☐
104		SEXE	Masculin........ 1 Féminin........ 2
105		Âge	☐☐
123			COLLER L'ÉTIQUETTE CODES À BARRES DE LA MÊME RANGÉE QUE 123 DU QUESTIONNAIRE MÉNAGE

RÉSULTATS DU TEST RPR CONDUIT PAR LE TECHNICIEN DE LABOTATOIRE

133	**TRANSFÉRER LE RÉSULTAT DU TEST RPR DE LA FICHE DE RÉSULTAT DE L'ENQUÊTÉ DANS LE QUESTIONNAIRE DES PRÉLÈVEMENTS DE SANG DU MÉNAGE. VÉRIFIER LE NUMÉRO DE LIGNE ET LE CODES À BARRES À LA QUESTION 123 CONTRE LE CODES À BARRES DE L'ÉTIQUETTE COLLÉE SUR LA FICHE DE RÉSULTAT DE L'ENQUÊTÉ POUR RASSURER QUE L'ENQUÊTÉ EST BIEN LA PERSONNE EN QUESTION. INFORMER CHAQUE ENQUÊTÉ, QUI A DONNÉ SON SANG, DU RÉSULTAT DE SON RPR TEST DE SANG. ENREGISTRER À QUESTION 135 SI LE RÉSULTAT A ÉTÉ OU NON DONNÉ À L'ENQUÊTÉ. SI LE RÉSULTAT N'A PAS ÉTÉ DONNÉ, DONNER ÉGALEMENT LA RAISON À QUESTION 135.**			
134	ENREGISTRER LE RÉSULTAT DU TEST RPR.		1 RPR RÉACTIF	2 RPR PAS RÉACTIF

NOM DU TECHNICIEN DE LABORATOIRE : ____________________

DATE DE TEST DU RPR PAR LE TECHNICIEN DE LABORATOIRE : ______/______/________/

FORM 7 Front —Feb.20

MADAGASCAR EDSMD-III, 2003

FICHE DE TRANSMISSION DU PLASMA POUR LE TEST TPHA À L'INSTITUT PASTEUR

(PLIER LA FICHE SELON LES POINTILLÉS AU VERSO—GARDER LA FICHE DANS LA BOÎTE DE COLLECTE AVEC LES PRÉLÈVEMENTS DE SANG JUSQU'À LA SIGNATURE FINALE)

NUMÉRO D'ÉQUIPE ☐☐	NUMÉRO DE MÉNAGE ☐☐☐	NUMÉRO DE GRAPPE ☐☐☐

PERSONNE CHARGÉE D'ENVOYER/ RECEVOIR LES PRÉLÈVEMENTS DE SANG	QUAND FAUT-IL REMPLIR LA FICHE?	NOMBRE DE PRÉLÈVEMENTS DE SANG	SIGNATURE (CONFIRMANT QUE CHAQUE PRÉLÈVEMENT EST PRÉSENT—VOIR AU VERSO DE CETTE FICHE)	SIGNATURE (CONFIRMANT QUE LE NOMBRE DE PRÉLÈVEMENTS DE SANG CORRESPOND AU NOMBRE DANS LA COL. 3)	DATE	NOTES (NOTER TOUTE DIFFÉRENCE OBSERVÉE DANS LE NOMBRE DE PRÉLÈVEMENTS À CHAQUE VÉRIFICATION)
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
L'INFIRMIÈRE DE L'ÉQUIPE	QUAND LA GRAPPE EST COMPLÈTEMENT TERMINÉE	☐☐				
COORDONNATEUR DE TERRAIN	AU MOMENT OÙ LES PRÉLÈVEMENTS SONT RAMASSÉS SUR LE TERRAIN POUR ÊTRE TRANSPORTÉS AU BUREAU CENTRAL DE L'ENQUÊTE	☐☐				
DIRECTEUR TECHNIQUE/ COORDONNATEUR MÉDICAL	À LA RÉCEPTION AU BUREAU CENTRAL DE L'ENQUÊTE	☐☐				
CHEF TECHNICIEN DU LABORATOIRE	À LA RÉCEPTION AU LABORATOIRE	☐☐				

Les deux faces de cette fiche doivent être photocopiées au laboratoire.

L'original doit être retourné au Directeur Technique/ Coordonnateur médical après signature du laboratoire confirmant la réception et la vérification.

Le laboratoire détruira cette fiche après que les prélèvements aient tété traités

FORM 7 Back —Feb.20

MADAGASCAR – EDSMD-III, 2003
FICHE DE TRANSMISSION DU PLASMA POUR LE TEST TPHA À INSTITUT PASTEUR

NO.	CODES À BARRES DU PRÉLÈVEMENT	Infirm.	Lab. Tech.	Coord. Médic.
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				

NO.	CODES À BARRES DU PRÉLÈVEMENT	Infirm.	Lab. Tech.	Coord. Médic.
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

←------ Fold here ------→
↓

8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				

FORM 7 Front —Feb.20

MADAGASCAR EDSMD-III, 2003

FICHE DE TRANSMISSION DES GOUTTES DE SANG SÉCHÉ POUR LE TEST DE TÉTANOS

(PLIER LA FICHE SELON LES POINTILLÉS AU VERSO—GARDER LA FICHE DANS LA BOÎTE DE COLLECTE AVEC LES PRÉLÈVEMENTS DE SANG JUSQU'À LA SIGNATURE FINALE)

NUMÉRO D'ÉQUIPE ☐☐	NUMÉRO DE MÉNAGE ☐☐☐	NUMÉRO DE GRAPPE ☐☐☐

PERSONNE CHARGÉE D'ENVOYER/ RECEVOIR LES PRÉLÈVEMENTS DE SANG	QUAND FAUT-IL REMPLIR LA FICHE?	NOMBRE DE PRÉLÈVEMENTS DE SANG	SIGNATURE (CONFIRMANT QUE CHAQUE PRÉLÈVEMENT EST PRÉSENT—VOIR AU VERSO DE CETTE FICHE)	SIGNATURE (CONFIRMANT QUE LE NOMBRE DE PRÉLÈVEMENTS DE SANG CORRESPOND AU NOMBRE DANS LA COL. 3)	DATE	NOTES (NOTER TOUTE DIFFÉRENCE OBSERVÉE DANS LE NOMBRE DE PRÉLÈVEMENTS À CHAQUE VÉRIFICATION)
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
L'INFIRMIÈRE DE L'ÉQUIPE	QUAND LA GRAPPE EST COMPLÈTEMENT TERMINÉE	☐☐				
COORDONNATEUR DE TERRAIN	AU MOMENT OÙ LES PRÉLÈVEMENTS SONT RAMASSÉS SUR LE TERRAIN POUR ÊTRE TRANSPORTÉS AU BUREAU CENTRAL DE L'ENQUÊTE	☐☐				
DIRECTEUR TECHNIQUE/ COORDONNATEUR MÉDICAL	À LA RÉCEPTION AU BUREAU CENTRAL DE L'ENQUÊTE	☐☐				
CHEF TECHNICIEN DU LABORATOIRE	À LA RÉCEPTION AU LABORATOIRE	☐☐				

Les deux faces de cette fiche doivent être photocopiées au laboratoire.

L'original doit être retourné au Directeur Technique/ Coordonnateur médical après signature du laboratoire confirmant la réception et la vérification.

Le laboratoire détruira cette fiche après que les prélèvements aient tété traités

FORM 7 Back —Feb.20

MADAGASCAR – EDSMD-III, 2003
FICHE DE TRANSMISSION DES GOUTTES DE SANG SÉCHÉ POUR LE TEST DE TÉTANOS

NO.	CODES À BARRES DU PRÉLÈVEMENT	Infirm.	Coord. Médic.
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			

NO.	CODES À BARRES DU PRÉLÈVEMENT	Infirm.	Coord. Médic.
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			

------ ---------- -------- ←------ Fold here ------→ ---------- -------- --------
↓

8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			

23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			

FORM 7 Front —Feb.20

MADAGASCAR EDSMD-III, 2003

FICHE DE TRANSMISSION DU PLASMA POUR LE TEST TPHA À L'INSTITUT PASTEUR

(PLIER LA FICHE SELON LES POINTILLÉS AU VERSO—GARDER LA FICHE DANS LA BOÎTE DE COLLECTE AVEC LES PRÉLÈVEMENTS DE SANG JUSQU'À LA SIGNATURE FINALE)

NUMÉRO D'ÉQUIPE	NUMÉRO DE MÉNAGE	NUMÉRO DE GRAPPE

PERSONNE CHARGÉE D'ENVOYER/ RECEVOIR LES PRÉLÈVEMENTS DE SANG	QUAND FAUT-IL REMPLIR LA FICHE?	NOMBRE DE PRÉLÈVEMENTS DE SANG	SIGNATURE (CONFIRMANT QUE CHAQUE PRÉLÈVEMENT EST PRÉSENT—VOIR AU VERSO DE CETTE FICHE)	SIGNATURE (CONFIRMANT QUE LE NOMBRE DE PRÉLÈVEMENTS DE SANG CORRESPOND AU NOMBRE DANS LA COL. 3)	DATE	NOTES (NOTER TOUTE DIFFÉRENCE OBSERVÉE DANS LE NOMBRE DE PRÉLÈVEMENTS À CHAQUE VÉRIFICATION)
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
L'INFIRMIÈRE DE L'ÉQUIPE	QUAND LA GRAPPE EST COMPLÈTEMENT TERMINÉE					
COORDONNATEUR DE TERRAIN	AU MOMENT OÙ LES PRÉLÈVEMENTS SONT RAMASSÉS SUR LE TERRAIN POUR ÊTRE TRANSPORTÉS AU BUREAU CENTRAL DE L'ENQUÊTE					
DIRECTEUR TECHNIQUE/ COORDONNATEUR MÉDICAL	À LA RÉCEPTION AU BUREAU CENTRAL DE L'ENQUÊTE					
CHEF TECHNICIEN DU LABORATOIRE	À LA RÉCEPTION AU LABORATOIRE					

Les deux faces de cette fiche doivent être photocopiées au laboratoire.

L'original doit être retourné au Directeur Technique/ Coordonnateur médical après signature du laboratoire confirmant la réception et la vérification.

Le laboratoire détruira cette fiche après que les prélèvements aient tété traités

FORM 7 Back —Feb.20

MADAGASCAR – EDSMD-III, 2003
FICHE DE TRANSMISSION DU PLASMA POUR LE TEST TPHA À INSTITUT PASTEUR

NO.	CODES À BARRES DU PRÉLÈVEMENT	Infirm.	Lab. Tech.	Coord. Médic.
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				

NO.	CODES À BARRES DU PRÉLÈVEMENT	Infirm.	Lab. Tech.	Coord. Médic.
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

←------ Fold here ------→
↓

8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				

ENQUÊTE DÉMOGRAPHIQUE ET DE SANTÉ-2003
QUESTIONNAIRE INDIVIDUEL FEMME

REPUBLIQUE DE MADAGASCAR
INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE

DIRECTION DE LA DÉMOGRAPHIE ET DES STATISTIQUES SOCIALES

IDENTIFICATION	
NOM DE LA LOCALITÉ ______	
NOM DU CHEF DE MÉNAGE ______	
NUMÉRO DE GRAPPE	GRAPPE [ ][ ][ ]
NUMÉRO DU MÉNAGE	MÉNAGE [ ][ ][ ]
PROVINCE (FARITANY)	FARITANY [ ]
COMMUNE	COMMUNE [ ][ ][ ]
URBAIN/RURAL (URBAIN=1, RURAL=2)	URBAIN/RURAL [ ]
GRANDE VILLE/ AUTRE- VILLE/ RURAL ...... (Antananarivo =1, Autre-Ville =2, , Rural =3)	RÉSIDENCE [ ]
NOM ET NUMERO DE LIGNE DE LA FEMME	[ ][ ]
VÉRIFIER COUVERTURE DU QUESTIONNAIRE MÉNAGE: EST-CE QUE LE TEST D'ANÉMIE ET LE TEST DE SYPHILIS SONT PRÉVUS DANS CE MÉNAGE? SI 'OUI', INSCRIVEZ '1' DANS LA CASE DE DROITE, SI 'NON', INSCRIVEZ '2'.	[ ]
VÉRIFIER COUVERTURE DU QUESTIONNAIRE MÉNAGE: EST-CE QUE LE TEST DE TÉTANOS ET LE TEST DE ROUGEOLE SONT PRÉVUS DANS CE MÉNAGE? SI 'OUI', INSCRIVEZ '1' DANS LA CASE DE DROITE, SI 'NON', INSCRIVEZ '2'.	[ ]

VISITES D'ENQUÊTRICE

	1	2	3	VISITE FINALE
DATE	______	______	______	JOUR [ ][ ] MOIS [ ][ ] ANNÉE [2][0][0][3]
NOM DE L'ENQUÊTRICE	______	______	______	NOM [ ][ ]
RÉSULTAT*	______	______	______	RÉSULTAT [ ]
PROCHAINE VISITE :DATE HEURE	______ ______	______ ______		NBRE.TOTAL DE VISITES [ ]

*CODES RÉSULTAT:
1 REMPLI
2 PAS À LA MAISON
3 DIFFÉRÉ
4 REFUSÉ
5 REMPLI PARTIELLEMENT
6 INCAPACITÉ
7 AUTRE ______ (PRÉCISER)

CONTRÔLEUSE	CHEF D'`ÉQUIPE	CONTRÔLE BUREAU	SAISI PAR
NOM ______ DATE ______ [ ][ ]	NOM ______ DATE ______ [ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]

SECTION 1. CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES DES ENQUÊTÉES

INTRODUCTION ET CONSENTEMENT

CONSENTEMENT APRÈS INFORMATIONS

Bonjour. Mon nom est ______________________________ et je travaille pour la Direction de la Démographie et des Statistiques Sociales (DDSS). Nous sommes en train d'effectuer une enquête nationale sur la santé des femmes et des enfants. Nous souhaiterions que vous participiez à cette enquête. J'aimerais vous poser des questions sur votre santé (et sur la santé de vos enfants) Ces informations seront utiles au gouvernement pour mettre en place des services de santé. L'entretien prend généralement entre 20 et 45 minutes. Les informations que vous nous fournirez resteront strictement confidentielles et ne seront transmises à personne.

La participation à cette enquête est volontaire et vous pouvez refuser de répondre à des questions particulières ou à toutes les questions. Nous espérons cependant que vous accepterez de participer à cette enquête car votre opinion est importante pour nous.

Avez-vous des questions sur l'enquête?
Puis-je commencer l'entretien maintenant?

Signature de l'enquêtrice: ______________________________ Date: ______________

L'ENQUÊTÉE ACCEPTE DE RÉPONDRE .... 1 ▼ L'ENQUÊTÉE REFUSE DE RÉPONDRE AUX QUESTIONS.... 2 ──► FIN

N^{O}.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
101	ENREGISTRER L'HEURE.	HEURE .... [ ][ ] MINUTES.................................... [ ][ ]	
102	Pour commencer, je voudrais vous poser des questions sur vous-même et sur votre ménage. Jusqu'à l'âge de 12 ans, avez-vous vécu la plupart du temps dans la CAPITALE ANTANANARIVO, dans une autre- ville, ou en milieu rural?	CAPITALE ....1 AUTRE-VILLE...2 RURAL..3	
103	Depuis combien de temps habitez-vous (de façon continue) à (NOM DE LA VILLE/VILLAGE ACTUEL DE RÉSIDENCE)? SI MOINS D'UNE ANNÉE, INSCRIVEZ '00' ANNÉE.	ANNÉES .... [ ][ ] TOUJOURS ....95 VISITEUR 96	►105
104	Juste avant de vous installer ici, avez-vous vécu la plupart du temps dans la CAPITALE ANTANANARIVO, dans une autre -ville, ou en milieu rural?	CAPITALE ....1 AUTRE-VILLE...2 RURAL..3	
105	En quel mois et en quelle année êtes-vous née?	MOIS... [ ][ ] NSP MOIS ....98 ANNÉE........................... [ ][ ][ ][ ] NSP ANNÉE 9998	
106	Quel âge aviez-vous à votre dernier anniversaire? COMPARER ET CORRIGER 105 ET/OU 106 SI INCOHÉRENTS.	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES... [ ][ ]	
107	Avez-vous fréquenté l'école?	OUI..1 NON 2	─►111

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
108	Quel est le plus haut niveau d'études que vous avez atteint : primaire, secondaire 1, secondaire 2 ou supérieur?	PRIMAIRE ....1 SECONDAIRE 1 ....2 SECONDAIRE 2 ....3 SUPÉRIEUR 4	
109	Quelle est la dernière classe que vous avez achevée avec succès à ce niveau? INSCRIRE « 0 » POUR MOINS D'UN AN ACHEVÉ ET « 8 » POUR NE SAIT PAS.	CLASSE…… [ ]	
110	VÉRIFIER 108: PRIMAIRE [ ] ▼ SECONDAIRE OU SUPÉRIEUR [ ]		─► 114
111	Maintenant, je voudrais que vous me lisiez cette phrase à voix haute; lisez-en le plus que vous pouvez. MONTRER VOTRE CARTE À L'ENQUÊTÉE SI L'ENQUÊTÉE NE PEUT PAS LIRE UNE PHRASE ENTIÈRE, INSISTER: Pouvez-vous me lire certaines parties de la phrase?	NE PEUT PAS LIRE DU TOUT ....1 PEUT LIRE CERTAINES PARTIES ....2 PEUT LIRE TOUTE LA PHRASE ....3 PAS DE CARTE DANS LANGUE QUI CONVIENT ____ 4 (PRÉCISER LANGUE)	
112	Avez-vous déjà participé à un programme d'alphabétisation ou à un autre programme qui comprenait l'apprentissage de la lecture et de l'écriture (non compris l'école primaire)?	OUI....1 NON 2	
113	VÉRIFIER 111: CODE '2', '3' OU '4' ENCERCLÉ [ ] ▼ CODE '1' ENCERCLÉ [ ]		─► 115
114	Lisez-vous un journal ou un magazine pratiquement chaque jour, au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout?	PRATIQUEMENT CHAQUE JOUR ....1 AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE ....2 MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE ....3 PAS DU TOUT....4	
115	Écoutez-vous la radio pratiquement chaque jour, au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout?	PRATIQUEMENT CHAQUE JOUR ....1 AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE ....2 MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE ....3 PAS DU TOUT....4	
116	Regardez-vous la télévision pratiquement chaque jour, au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout?	PRATIQUEMENT CHAQUE JOUR ....1 AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE ....2 MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE ....3 PAS DU TOUT....4	
117	Quelle est votre religion?	CATHOLIQUE .... 01 PROTESTANTE/FLM .... 02 MUSULMANE.... 03 TRADITIONNELLE/ANIMISTE .... 04 SANS RELIGION/AUCUNE.... 05 SECTE.... 06 AUTRE ____ 96 (PRÉCISER)	
119	Avez-vous déjà bu des boissons alcoolisées?	OUI ....1 NON....2	─► 124
120	Vous est-il déjà arrivé d'être ivre après avoir bu des boissons alcoolisées?	OUI ....1 NON....2	

121	Au cours des trois derniers mois, combien de jours avez-vous bu des boissons alcoolisées?	NOMBRE DE JOURS.................. [ ][ ] AUCUNE/JAMAIS 95	 → 124
122	VÉRIFIER 120: OUI, A DÉJÀ ÉTÉ IVRE [ ] ▼ NON, N'A JAMAIS ÉTÉ IVRE [ ]		→ 124
123	Au cours des 3 derniers mois, combien de fois vous est il arrivé d'être ivre?	NOMBRE DE FOIS .... [ ][ ] AUCUNE/JAMAIS 95	
124	Au cours des 3 derniers mois, avez-vous eu une injection?	OUI ....1 NON...2	 → 201
125	Au cours des 3 derniers mois, combien de fois avez-vous eu une injection?	NOMBRE D'INJECTIONS .... [ ][ ] CHAQUE JOUR 95	
126	La dernière fois que vous avez eu une injection, qui a fait la piqûre ?	PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ............1 PHARMACIEN..2 GUÉRISSEUR TRADITIONNEL ....3 AMI/PARENT..4 VOUS-MÊME ....5 AUTRE ______________________ 6 (PRÉCISER)	

CODES Q.109

	Q.108 : NIVEAU D'EDUCATION					
	NIVEAU	PRIMAIRE = 1	SEC. 1 = 2	SEC. 2 = 3	SUPERIEUR = 4	
	CLASSE	0 = MOINS D'UNE ANNÉE ACHEVÉE				
		T1 = 1 T2 = 2 T3 = 3 T4 = 4 T5 = 5 NSP = 8	T6 =6 ème = 1 T7 =5 ème = 2 T8 =4 ème = 3 T9 =3 ème = 4 NSP = 8	T10 =2nd = 1 T11 =1ère = 2 T12 =Terminale = 3 NSP = 8	1 ère année = 1 2 ème année = 2 3 ème année = 3 4 ème année = 4 5 ème année ou + = 5 NSP = 8	

SECTION 2: REPRODUCTION

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
201	Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur toutes les naissances que vous avez eues au cours de votre vie. Avez-vous donné naissance à des enfants?	OUI ....1 NON....2	 → 206
202	Avez-vous des fils ou des filles à qui vous avez donné naissance et qui vivent actuellement avec vous?	OUI ....1 NON....2	 → 204
203	Combien de fils vivent avec vous? Combien de filles vivent avec vous? SI AUCUN, ENREGISTRER '00'.	FILS À LA MAISON .... [ ][ ] FILLES À LA MAISON.... [ ][ ]	
204	Avez-vous des fils ou des filles à qui vous avez donné naissance, qui sont toujours en vie mais qui ne vivent pas avec vous?	OUI ....1 NON....2	 → 206
205	Combien de fils sont en vie mais ne vivent pas avec vous? Combien de filles sont en vie mais ne vivent pas avec vous? SI AUCUN, ENREGISTRER '00'.	FILS AILLEURS.... [ ][ ] FILLES AILLEURS .... [ ][ ]	
206	Avez-vous déjà donné naissance à un garçon ou une fille qui est né vivant mais qui est décédé par la suite? SI NON, INSISTER : Aucun enfant qui a crié ou a montré un signe de vie mais qui n'a survécu que quelques heures ou quelques jours?	OUI ....1 NON....2	 → 208
207	Combien de garçons sont décédés? Combien de filles sont décédées? SI AUCUN, ENREGISTRER '00'.	GARÇONS DÉCÉDÉS .... [ ][ ] FILLES DÉCÉDÉES.... [ ][ ]	
208	FAITES LA SOMME DES RÉPONSES À Q. 203, 205, ET 207, ET ENREGISTRER LE TOTAL. SI AUCUN, ENREGISTRER '00'.	TOTAL .... [ ][ ]	
209	VÉRIFIER 208: Je voudrais être sûre d'avoir bien compris : vous avez eu au TOTAL _____ naissances au cours de votre vie. Est-ce bien exact? OUI [ ] ↓ NON [ ] → INSISTER ET CORRIGER 201-208 COMME IL SE DOIT.		
210	VÉRIFIER 208: UNE NAISSANCE OU PLUS [ ] ↓ AUCUNE [ ]		→ 226

211 Maintenant je voudrais faire la liste de toutes vos naissances, qu'elles soient encore en vie ou non, en commençant par la 1ère naissance que vous avez eue.

NOTER LE NOM DE TOUTES LES NAISSANCES À Q.212. NOTER LES JUMEAUX / TRIPLÉS SUR DES LIGNES SÉPARÉES.

212 Quel nom a été donné à votre (premier/ suivant) enfant? (NOM)	213 Parmi ces naissances, y-avait-il des jumeaux ?	214 (NOM) est-ce un garçon ou une fille?	215 En quel mois et quelle année est né(e) (NOM)? INSISTER : Quelle est sa date de naissance?	216 (NOM) est-il/elle toujours en vie?	217: SI EN VIE: Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire ? NOTER ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES.	218 SI EN VIE (NOM) vit-il/elle avec vous?	219 SI EN VIE: NOTER N° DE LIGNE DE L'ENFANT DANS LA FEUILLE MÉNAGE (NOTER '00' SI ENFANT N'EST PAS LISTÉ DANS LE MÉNAGE)	220 SI DÉCÉDÉ: Quel âge avait (NOM) quand il/elle est décédé(e)? SI '1 AN', INSISTER: Quel âge avait (NOM) en mois? NOTER EN JOURS SI MOINS D'1 MOIS; EN MOIS SI MOINS DE 2 ANS; OU EN ANNEES.	221 Y-a-t-il eu d'autres naissances vivantes entre (NOM DE LA NAISSANCE PRÉCÉDENTE) et (NOM)?
01	SIMP. ..1 MULT ..2	GAR ..1 FILLE 2	MOIS ... [ ][ ] ANNÉE [ ][ ][ ][ ]	OUI ..... 1 NON.... 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES [ ][ ]	OUI........ 1 NON 2	N° DE LIGNE [ ][ ] ↓ (NAISS. SUIV.)	JOURS.... 1 [ ][ ] MOIS....... 2 [ ][ ] ANNÉES . 3 [ ][ ]	
02	SIMP. ..1 MULT ..2	GAR ..1 FILLE 2	MOIS ... [ ][ ] ANNÉE [ ][ ][ ][ ]	OUI ..... 1 NON.... 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES [ ][ ]	OUI........ 1 NON 2	N° DE LIGNE [ ][ ] ↓ (ALLER À 221)	JOURS.... 1 [ ][ ] MOIS....... 2 [ ][ ] ANNÉES . 3 [ ][ ]	OUI.......... 1 NON 2
03	SIMP. ..1 MULT ..2	GAR ..1 FILLE 2	MOIS ... [ ][ ] ANNÉE [ ][ ][ ][ ]	OUI ..... 1 NON.... 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES [ ][ ]	OUI........ 1 NON 2	N° DE LIGNE [ ][ ] ↓ (ALLER À 221)	JOURS.... 1 [ ][ ] MOIS....... 2 [ ][ ] ANNÉES . 3 [ ][ ]	OUI.......... 1 NON 2
04	SIMP. ..1 MULT ..2	GAR ..1 FILLE 2	MOIS ... [ ][ ] ANNÉE [ ][ ][ ][ ]	OUI ..... 1 NON.... 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES [ ][ ]	OUI........ 1 NON 2	N° DE LIGNE [ ][ ] ↓ (ALLER À 221)	JOURS.... 1 [ ][ ] MOIS....... 2 [ ][ ] ANNÉES . 3 [ ][ ]	OUI.......... 1 NON 2
05	SIMP. ..1 MULT ..2	GAR ..1 FILLE 2	MOIS ... [ ][ ] ANNÉE [ ][ ][ ][ ]	OUI ..... 1 NON.... 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES [ ][ ]	OUI........ 1 NON 2	N° DE LIGNE [ ][ ] ↓ (ALLER À 221)	JOURS.... 1 [ ][ ] MOIS....... 2 [ ][ ] ANNÉES . 3 [ ][ ]	OUI.......... 1 NON 2
06	SIMP. ..1 MULT ..2	GAR ..1 FILLE 2	MOIS ... [ ][ ] ANNÉE [ ][ ][ ][ ]	OUI ..... 1 NON.... 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES [ ][ ]	OUI........ 1 NON 2	N° DE LIGNE [ ][ ] ↓ (ALLER À 221)	JOURS.... 1 [ ][ ] MOIS....... 2 [ ][ ] ANNÉES . 3 [ ][ ]	OUI.......... 1 NON 2
07	SIMP. ..1 MULT ..2	GAR ..1 FILLE 2	MOIS ... [ ][ ] ANNÉE [ ][ ][ ][ ]	OUI ..... 1 NON.... 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES [ ][ ]	OUI........ 1 NON 2	N° DE LIGNE [ ][ ] ↓ (ALLER À 221)	JOURS.... 1 [ ][ ] MOIS....... 2 [ ][ ] ANNÉES . 3 [ ][ ]	OUI.......... 1 NON 2
08	SIMP. ..1 MULT ..2	GAR ..1 FILLE 2	MOIS ... [ ][ ] ANNÉE [ ][ ][ ][ ]	OUI ..... 1 NON.... 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES [ ][ ]	OUI........ 1 NON 2	N° DE LIGNE [ ][ ] ↓ (ALLER À 221)	JOURS.... 1 [ ][ ] MOIS....... 2 [ ][ ] ANNÉES . 3 [ ][ ]	OUI.......... 1 NON 2

212	213	214	215	216	217: SI EN VIE:	218 SI EN VIE	219 SI EN VIE:	220 SI DÉCÉDÉ:	221
Quel nom a été donné à votre (premier/ suivant) enfant? (NOM)	Parmi ces naissances, y-avait-il des jumeaux ?	(NOM) est-ce un garçon ou une fille?	En quel mois et quelle année est né(e) (NOM)? INSISTER : Quelle est sa date de naissance?	(NOM) est-il/elle toujours en vie?	Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire ? NOTER ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES.	(NOM) vit-il/elle avec vous?	NOTER N° DE LIGNE DE L'ENFANT DANS LA FEUILLE MÉNAGE (NOTER '00' SI ENFANT N'EST PAS LISTÉ DANS LE MÉNAGE)	Quel âge avait (NOM) quand il/elle est décédé(e)? SI '1 AN', INSISTER: Quel âge avait (NOM) en mois? NOTER EN JOURS SI MOINS D'1 MOIS; EN MOIS SI MOINS DE 2 ANS; OU EN ANS.	Y-a-t-il eu d'autres naissances vivantes entre (NOM DE LA NAISSANCE PRÉCÉDENTE) et (NOM)?
09	SIMP. ..1 MULT ..2	GAR .. 1 FILLE 2	MOIS ... ANNÉE	OUI ..... 1 NON.... 2 → 220	ÂGE EN ANNÉES	OUI........ 1 NON...... 2	N° DE LIGNE (ALLER À 221)	JOURS.... 1 MOIS....... 2 ANNÉES . 3	OUI.......... 1 NON 2
10	SIMP. ..1 MULT ..2	GAR .. 1 FILLE 2	MOIS ... ANNÉE	OUI ..... 1 NON.... 2 → 220	ÂGE EN ANNÉES	OUI........ 1 NON...... 2	N° DE LIGNE (ALLER À 221)	JOURS.... 1 MOIS....... 2 ANNÉES . 3	OUI.......... 1 NON 2
11	SIMP. ..1 MULT ..2	GAR .. 1 FILLE 2	MOIS ... ANNÉE	OUI ..... 1 NON.... 2 → 220	ÂGE EN ANNÉES	OUI........ 1 NON...... 2	N° DE LIGNE (ALLER À 221)	JOURS.... 1 MOIS....... 2 ANNÉES . 3	OUI.......... 1 NON 2
12	SIMP. ..1 MULT ..2	GAR .. 1 FILLE 2	MOIS ... ANNÉE	OUI ..... 1 NON.... 2 → 220	ÂGE EN ANNÉES	OUI........ 1 NON...... 2	N° DE LIGNE (ALLER À 221)	JOURS.... 1 MOIS....... 2 ANNÉES . 3	OUI.......... 1 NON 2

222	Avez-vous eu d'autres naissances vivantes depuis la naissance de (NOM DE LA DERNIÈRE NAISSANCE)?	OUI .... 1 NON 2
223	COMPARER 208 AVEC NOMBRE DE NAISSANCES ENREGISTRÉES DANS LE TABLEAU CI-DESSUS ET COCHER: NOMBRES SONT ÉGAUX ☐ NOMBRES SONT DIFFÉRENTS ☐ → (INSISTER ET CORRIGER) VÉRIFIER : POUR CHAQUE NAISSSANCE : L'ANNÉE DE NAISSANCE EST ENREGISTRÉE. ☐ POUR CHAQUE ENFANT VIVANT : L'ÂGE ACTUEL EST ENREGISTRÉ. ☐ POUR CHAQUE ENFANT DÉCÉDÉ : L'ÂGE AU DÉCÉS EST ENREGISTRÉ. ☐ POUR L'ÂGE AU DÉCÉS 12 MOIS OU 1 AN : INSISTER POUR DÉTERMINER LE NOMBRE EXACT DE MOIS. ☐	
224	VÉRIFIER 215 ET ENREGISTRER LE NOMBRE DE NAISSANCES VIVANTES DEPUIS JANVIER 1998. SI AUCUNE, ENREGISTRER '**0**'.	☐
225	POUR CHAQUE NAISSANCE DEPUIS JANVIER 1998, INSCRIRE '**N**' DANS LE MOIS DE NAISSANCE DU CALENDRIER. POUR CHAQUE NAISSANCE, DEMANDER LE NOMBRE DE MOIS QUE LA GROSSESSE A DURÉ ET INSCRIRE '**G**' DANS CHACUN DES MOIS PRÉCÉDENTS SELON LA DURÉE DE LA GROSSESSE. (NOTE : LE NOMBRE DE 'G' DOIT ÊTRE INFÉRIEUR DE 1 AU NOMBRE DE MOIS QUE LA GROSSESSE A DURÉ). INSCRIRE LE NOM DE L'ENFANT SUR LA GAUCHE DU CODE '**N**'.	

Nº.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
226	Êtes-vous enceinte en ce moment?	OUI ... 1 NON ... 2 PAS SÛRE ... 8	 2, 8 → 229
226A	Depuis que vous-êtes tombée enceinte, mangez-vous plus que d'habitude, comme d'habitude ou moins que d'habitude?	PLUS QUE D'HABITUDE ... 1 COMME D'HABITUDE ... 2 MOINS QUE D'HABITUDE ... 3 NE SAIT PAS ... 8	
227	De combien de mois êtes-vous enceinte? ENREGISTRER LE NOMBRE DE MOIS RÉVOLUS. INSCRIRE '**G**' DANS LE CALENDRIER, EN COMMENÇANT PAR LE MOIS DE L'ENQUÊTE ET POUR LE NOMBRE TOTAL DE MOIS RÉVOLUS.	MOIS ... [ ][ ]	
228	Au moment où vous êtes tombée enceinte, vouliez-vous tomber enceinte à ce moment-là, vouliez-vous attendre plus tard, ou vouliez-vous ne plus/ne pas avoir d'enfant?	À CE MOMENT-LÀ ... 1 PLUS TARD ... 2 NE PLUS/NE PAS AVOIR D'ENFANT ... 3	
229	Avez-vous déjà eu une grossesse qui s'est terminée par une fausse-couche, un avortement ou un mort-né?	OUI ... 1 NON ... 2	 → 237
230	Quand la dernière grossesse de ce genre s'est-elle terminée?	MOIS ... [ ][ ] ANNÉES ... [ ][ ][ ][ ]	
231	VÉRIFIER 230: DERNIÈRE GROSSESSE TERMINÉE EN JAN. 1998 OU PLUS TARD [ ] ▼ DERNIÈRE GROSS. TERMINÉE AVANT JAN. 1998 [ ]		→ 237
232	De combien de mois étiez-vous enceinte quand la dernière grossesse de ce genre s'est terminée? ENREGISTRER LE NOMBRE DE MOIS RÉVOLUS. INSCRIRE 'F' DANS LE CALENDRIER AU MOIS OÙ LA GROSSESSE S'EST TERMINÉE ET 'G' POUR LE NOMBRE RESTANT DE MOIS RÉVOLUS.	MOIS ... [ ][ ]	
233	Avez-vous eu d'autres grossesses qui ne se sont pas terminées par une naissance vivante?	OUI ... 1 NON ... 2	 → 237
234	DEMANDER LA DATE ET LA DURÉE DE GROSSESSE POUR CHAQUE GROSSESSE PRÉCÉDENTE QUI NE S'EST PAS TERMINÉE PAR UNE NAISSANCE VIVANTE EN REMONTANT JUSQU'EN JANVIER 1998. INSCRIRE '**F**' DANS LE CALENDRIER AU MOIS OÙ CHAQUE GROSSESSE S'EST TERMINÉE ET '**G**' POUR LE NOMBRE RESTANT DE MOIS RÉVOLUS.		
235	Avez-vous déjà eu une grossesse avant Janvier 1998 qui ne s'est pas terminée par une naissance vivante?	OUI ... 1 NON ... 2	 → 237
236	Quand la dernière grossesse de ce genre s'est-elle terminée avant 1998?	MOIS ... [ ][ ] ANNÉES ... [ ][ ][ ][ ]	

Nº.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
237	Quand vos dernières règles ont-elles commencé? ____________________ (INSCRIRE LA DATE, SI ELLE EST DONNÉE)	IL Y A ... JOURS....................1 [ ][ ] IL Y A ... SEMAINES ....2 [ ][ ] IL Y A ... MOIS..........................3 [ ][ ] IL Y A ... ANNÉES ....4 [ ][ ] EN MÉNOPAUSE/ A EU UNE HYSTÉRECTOMIE ....994 AVANT LA DERNIÈRE NAISSANCE....995 JAMAIS EU DE RÈGLES......................996	
238	Entre la période des règles et les règles suivantes, y-a-t-il un moment où une femme a plus de chances de tomber enceinte que d'autres si elle a des rapports sexuels?	OUI ....1 NON...2 NE SAIT PAS 8	 NON, NE SAIT PAS ►301
239	Est-ce que ce moment se situe juste avant que les règles ne commencent, pendant la période des règles, juste après que les règles finissent ou au milieu, entre deux périodes de règles?	JUSTE AVANT DÉBUT DES RÈGLES.....1 PENDANT LES RÈGLES..........................2 JUSTE APRÈS LAFIN DES RÈGLES.......3 AU MILIEU ENTRE 2 PÉRIODES DE RÈGLES..................................4 AUTRE ____________________ 6 (PRÉCISER) NE SAIT PAS 8	

SECTION 3. CONTRACEPTION

Maintenant je voudrais vous poser des questions sur la planification familiale – les différents moyens ou méthodes qu'un couple peut utiliser pour retarder ou éviter une grossesse.
ENCERCLER CODE 1 À 301 POUR CHAQUE MÉTHODE CITÉE DE FAÇON SPONTANÉ. PUIS CONTINUER A LA COLONNE 301 EN DESCENDANT, EN LISANT LE NOM ET LA DESCRIPTION DE CHAQUE MÉTHODE NON CITÉE SPONTANÉMENT. ENCERCLER LE CODE 2 SI LA MÉTHODE EST RECONNUE ET LE CODE 3 SI ELLE N'EST PAS RECONNUE. PUIS, POUR CHAQUE MÉTHODE AVEC CODE 1 OU 2 ENCERCLÉ À 301, POSER 302.

301	De quels moyens ou méthodes avez-vous entendu parler? POUR LES MÉTHODES NON CITÉES SPONTANÉMENT, DEMANDER : Avez-vous déjà entendu parler de (MÉTHODE)?		302 Avez-vous déjà utilisé (MÉTHODE)?
01	STÉRILISATION FÉMININE Les femmes peuvent subir une petite opération pour éviter d'avoir d'autres enfants.	OUI SPONTANÉ.....1 OUI DESCRIPTION.....2 NON.....3 ▼	Avez-vous eu une opération pour éviter d'avoir d'autres enfants? OUI.....1 NON.....2
02	STÉRILISATION MASCULINE Les hommes peuvent subir une opération pour éviter d'avoir d'autres enfants.	OUI SPONTANÉ.....1 OUI DESCRIPTION.....2 NON.....3 ▼	Avez-vous eu un partenaire qui avait eu une opération pour éviter d'avoir d'autres enfants? OUI.....1 NON.....2
03	PILULE Les femmes peuvent prendre une pilule chaque jour	OUI SPONTANÉ.....1 OUI DESCRIPTION.....2 NON.....3 ▼	OUI.....1 NON.....2
04	DIU Les femmes peuvent avoir un stérilet que le médecin ou l'infirmière leur place dans l'utérus qui les empêche de tomber enceinte pendant une année ou plus.	OUI SPONTANÉ.....1 OUI DESCRIPTION.....2 NON.....3 ▼	OUI.....1 NON.....2
05	INJECTIONS Les femmes peuvent avoir une injection faite par du personnel de santé pour éviter de tomber enceinte pendant un mois ou plus.	OUI SPONTANÉ.....1 OUI DESCRIPTION.....2 NON.....3 ▼	OUI.....1 NON.....2
06	IMPLANTS Les femmes peuvent se faire insérer sous la peau de la face interne du bras plusieurs petits bâtonnets qui les empêche de tomber enceinte pendant une année ou plus.	OUI SPONTANÉ.....1 OUI DESCRIPTION.....2 NON.....3 ▼	OUI.....1 NON.....2
07	CONDOM Les hommes peuvent se mettre une capote en caoutchouc ou en latex au pénis pendant les rapports sexuels.	OUI SPONTANÉ.....1 OUI DESCRIPTION.....2 NON.....3 ▼	OUI.....1 NON.....2
08	CONDOM FÉMININ Les femmes peuvent se placer un étui en latex dans leur vagin avant les rapports sexuels.	OUI SPONTANÉ.....1 OUI DESCRIPTION.....2 NON.....3 ▼	OUI.....1 NON.....2
09	DIAPHRAGME Les femmes peuvent se placer un diaphragme dans leur vagin avant les rapports sexuels.	OUI SPONTANÉ.....1 OUI DESCRIPTION.....2 NON.....3 ▼	OUI.....1 NON.....2
10	MOUSSE OU GELÉE Les femmes peuvent s'insérer un suppositoire, se mettre de la gelée ou de la crème dans leur vagin avant les rapports sexuels.	OUI SPONTANÉ.....1 OUI DESCRIPTION.....2 NON.....3 ▼	OUI.....1 NON.....2
11	MÉTHODE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL ET DE L'AMÉNORRHÉE (MAMA) Jusqu'à 6 mois après une naissance, une femme peut utiliser une méthode qui nécessite d'allaiter souvent, jour et nuit, et que ses règles ne soient pas revenues.	OUI SPONTANÉ.....1 OUI DESCRIPTION.....2 NON.....3 ▼	OUI.....1 NON.....2
12	RHYTHME/CONTINENCE PÉRIODIQUE Chaque mois qu'une femme est sexuellement active, elle peut éviter une grossesse en évitant les rapports sexuels les jours du mois où elle a plus de chances de tomber enceinte.	OUI SPONTANÉ.....1 OUI DESCRIPTION.....2 NON.....3 ▼	OUI.....1 NON.....2
13	RETRAIT Les hommes peuvent faire attention et se retirer avant l'éjaculation.	OUI SPONTANÉ.....1 OUI DESCRIPTION.....2 NON.....3 ▼	OUI.....1 NON.....2
14	PILULE DU LENDEMAIN Les femmes peuvent prendre une pilule les jours après les rapports sexuels, jusqu'au troisième jour après, pour éviter de tomber enceinte.	OUI SPONTANÉ.....1 OUI DESCRIPTION.....2 NON.....3 ▼	OUI.....1 NON.....2
15	Avez-vous entendu parler d'autres moyens ou méthodes que les femmes ou les hommes peuvent utiliser pour éviter une grossesse?	OUI.....1 ______ (PRÉCISER) ______ (PRÉCISER) NON.....2 ▼	OUI.....1 NON.....2 OUI.....1 NON.....2

303	VÉRIFIER 302:	
	PAS UN SEUL 'OUI' (N'A JAMAIS UTILISÉ) ☐ ▼ AU MOINS UN 'OUI' (A DÉJÀ UTILISÉ) ☐	►307

Nº.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
304	Avez-vous déjà utilisé un moyen quelconque ou essayé quelque chose pour retarder une grossesse ou éviter de tomber enceinte?	OUI ... 1 NON ... 2	 —► 329
306	Qu' avez-vous fait ou utilisé? CORRIGER 302 ET 303 (ET 301 SI NÉCESSAIRE).		
307	Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur le moment où, pour la première fois, vous avez fait quelque chose ou utilisé une méthode pour éviter de tomber enceinte. Combien d'enfants vivants aviez-vous à ce moment-là? SI AUCUN, ENREGISTRER "00".	NOMBRE D'ENFANTS ... [ ][ ]	
308	VÉRIFIER 302 (01): FEMME NON STÉRILISÉE [ ] ▼ FEMME STÉRILISÉE [ ]		—► 311A
309	VÉRIFIER 226: NON ENCEINTE OU PAS SÛRE [ ] ▼ ENCEINTE [ ]		—► 329
310	En ce moment, faites-vous quelque chose ou utilisez-vous une méthode pour éviter de tomber enceinte?	OUI ... 1 NON ... 2	 —► 329
311 311A	Quelle méthode utilisez-vous? ENCERCLEZ 'A' POUR LA STÉRILISATION FÉMININE. ENCERCLEZ 'B' POUR LA STÉRILISATION MASCULINE SI PLUS D'UNE MÉTHODE MENTIONNÉE, SUIVEZ LES INSTRUCTIONS DE PASSAGE CORRESPONDANT À LA PREMIÈRE MÉTHODE DE LA LISTE.	STÉRILISATION FÉMININE ... A STÉRILISATION MASCULINE ... B PILULE ... C DIU/STÉRILET ... D INJECTIONS ... E IMPLANTS ... F CONDOM ... G FÉMIDON (CONDOM FÉMININ) ... H DIAPHRAGME ... I MOUSSE/GELÉE ... J MAMA ... K CONTINENCE PÉRIODIQUE ... L RETRAIT ... M AUTRE ___ X (PRÉCISER)	A, B ─► 313 D ─► 316A E ─► 312D F–X ─► 316A
312A	Puis-je voir la boîte de pilule que vous utilisez en ce moment? SI LA BOÎTE EST MONTRÉE, ENCERCLER LE CODE CORRESPONDANT À LA MARQUE	PILPLAN ... 1 LOFEMENAL ... 2 MICROGYNON ... 3 OVRETTE ... 4 AUTRE ___ 6 (PRÉCISER) BOÎTE NON MONTRÉE ... 8	1–6 ─► 312C
312B	Connaissez-vous le nom de la marque de pilules que vous utilisez en ce moment? SI OUI: Quel est ce nom?	PILPLAN ... 1 LOFEMENAL ... 2 MICROGYNON ... 3 OVRETTE ... 4 AUTRE ___ 6 (PRÉCISER) NE CONNAÎT PAS LE NOM ... 8	
312C	Combien vous coûte une boîte de pilules? NOTER LE PRIX POUR 1 CYCLE/MOIS EN FMG.	PRIX EN FRANCS MG... [ ][ ][ ][ ] GRATUIT ... 9996 NE SAIT PAS ... 9998	─► 316A

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
312D	Connaissez-vous le nom commercial d'injection que vous avez eu la dernière fois? SI OUI: Quel est ce nom?	CONFIANCE .... 1 DEPOPROVERA .... 2 AUTRE __________ 6 (PRÉCISER) NE CONNAÎT PAS LE NOM 8	→316A
313	Où a eu lieu la stérilisation? S'IL S'AGIT D'UN HÔPITAL PUBLIC, D'UN HOPITAL PRIVÉ OU D'UNE CLINIQUE, ÉCRIRE LE NOM DE L'ÉTABLISSEMENT. INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ. __________ (NOM DE L'ÉTABLISSEMENT) SI LES CODES 'A' ET 'B' SONT ENCERCLÉS À 311, POSER 313-317 SUR LA STÉRILISATION FÉMININE SEULEMENT.	SECTEUR PUBLIC CENTRE HOSPITALIER II (CHD II) .... 11 CENTRE HOSPITALIER I (CHD I) ...... 12 CENTRE DE SANTÉ DE BASE II .... 13 CENTRE DE SANTÉ DE BASE I .... 14 AUTRE PUBLIC __________ 16 (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE/PRIVÉ .... 21 MÉDECINR PRIVÉ .... 23 AUTRE PRIVÉ MÉDICAL __________ 26 (PRÉCISER) AUTRE __________ 96 (PRÉCISER) NE SAIT PAS 98	
314	VÉRIFIER 311: CODE 'A' ENCERCLÉ ☐ ↓ Avant votre stérilisation, vous a-t-on dit qu'à cause de cette opération vous ne pourriez pas avoir d'(autres) enfants? CODE 'B' ENCERCLÉ ☐ ↓ Avant la stérilisation, a-t-on dit à votre mari/ partenaire qu'a cause de l'opération il ne pourrait pas avoir d'(autres) enfants?	OUI .... 1 NON .... 2 NE SAIT PAS 8	
316 316A	En quel mois et en quelle année la stérilisation a-t-elle été effectuée? En quel mois et en quelle année avez-vous commencé à utiliser (1ère MÉTHODE DE Q.311) de façon continue? INSISTER: En quel mois et en quelle année avez-vous commencé à utiliser (1ère MÉTHODE DE Q.311) de façon continue?	MOIS .... ☐☐ ANNÉE .... ☐☐☐☐	
316B	VÉRIFIER 316/316A, 215 ET 230: S'IL Y'A EU À 215 UNE NAISSANCE OU À 230 UNE GROSSESSE TERMINEÉ PAR UNE FAUSSE-COUCHE, UN UN AVORTEMENT OU UN MORT-NÉ APRÈS LE MOIS ET L'ANNEÉ DU DÉBUT DE L'UTILISATION DE LA CONTRACEPTION À 316/316A OUI ☐ ↓ NON ☐ ↓ SI OUI: RETOURNER À 316/316A POUR CORRIGER, INSISTER POUR ENREGISTRER LE MOIS ET L'ANNEÉ AU DÉBUT DE L'UTILISATION CONTINUE DE LA MÉTHODE ACTUELLE (DATE DOIT SE SITUER APRÈS CELLE DE LA DERNIÈRE NAISSANCE OU DERNIÈRE GROSSESSE).		
317	VÉRIFIER 316/316A: L'ANNÉE EST 1998 OU PLUS TARD ☐ ↓ L'ANNEÉ EST 1997 OU AVANT ☐		→327

Nº.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
319	VÉRIFIER 311/311A: ENCERCLER LE CODE DE LA MÉTHODE: SI PLUS D'UN CODE ENCERCLÉ À 311/311A, ENCERCLER LE CODE DE LA PREMIÈRE DES MÉTHODES ENCERCLÉES À 311/311A.	STÉRILISATION FÉMININE .... 01 STÉRILISATION MASCULINE............... 02 PILULE .... 03 DIU/STÉRILET .... 04 INJECTIONS .... 05 IMPLANTS.. 06 CONDOM .... 07 CONDOM FÉMININ .... 08 DIAPHRAGME .... 09 MOUSSE/GELÉE .... 10 MAMA... 11 CONTINENCE PÉRIODIQUE .... 12 RETRAIT .... 13 AUTRE MÉTHODE 96	01 → 322 02 → 331 11 → 320A 12, 13, 96 → 331
320	Où avez-vous obtenu (MÉTHODE ACTUELLE DE Q.317A) quand vous avez commencé à l'utiliser? SI LA SOURCE EST L'HÔPITAL, UN CENTRE DE SANTÉ OU UNE CLINIQUE, ÉCRIRE LE NOM DE L'ÉTABLISSEMENT. INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ. ____________________ (NOM DE L'ÉTABLISSEMENT)	SECTEUR PUBLIC CENTRE HOSPITALIER II (CHD II).... 11 CENTRE HOSPITALIER I (CHD I)...... 12 CENTRE DE SANTÉ DE BASE II .... 13 CENTRE DE SANTÉ DE BASE I .... 14 SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ CLINIQUE/HÔPITAL PRIVÉ .... 21 CENTRE DE SANTÉ PRIVÉ .... 22 PHARMACIE/DÉPÔT DE MÉDICA-MENTS... 23 MÉDECIN PRIVÉ............................... 24 CENTRE DE PF/FISA .... 25 AUTRE SOURCE AGENT VBC....................................... 31 BOUTIQUE... 32 KIOSQUE .... 33 ÉGLISE .... 34 PARENTS/AMIS................................. 35 AUTRE ______________ 96 (PRÉCISER)	
320AA	Avez-vous obtenu la (MÉTHODE ACTUELLE) sur prescription (une ordonnance), la dernière fois que vous l'aviez eu?	OUI .... 1 NON.. 2	1, 2 → 320B
320A	Où avez-vous appris à utiliser la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA)? SI LA SOURCE EST L'HÔPITAL, UN CENTRE DE SANTÉ OU UNE CLINIQUE, ÉCRIRE LE NOM DE L'ÉTABLISSEMENT. INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ. ____________________ (NOM DE L'ÉTABLISSEMENT)	SECTEUR PUBLIC CENTRE HOSPITALIER II (CHD II).... 11 CENTRE HOSPITALIER I (CHD I)...... 12 CENTRE DE SANTÉ DE BASE II .... 13 CENTRE DE SANTÉ DE BASE I .... 14 SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ CLINIQUE/HÔPITAL PRIVÉ .... 21 CENTRE DE SANTÉ PRIVÉ .... 22 MÉDECIN PRIVÉ............................... 24 CENTRE DE PF/FISA .... 25 AUTRE SOURCE AGENT VBC....................................... 31 MEDIA SPOTS................................... 32 BOUTIQUE... 33 KIOSQUE .... 34 ÉGLISE .... 35 PARENTS/AMIS................................. 36 AUTRE ______________ 96 (PRÉCISER)	

Nº.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
320B	Pour quelles raisons avez-vous choisi la méthode que vous utilisez actuellement ?	DISPONIBLE ..... A ABORDABLE ..... B QUALITE SUPERIEURE ..... C EFFET DE PUBLICITE ..... D ATTRAYANT ..... E CONSEIL DES AMIS ..... F CONSEIL DU MEDECIN ..... G FACILE A UTILISER ..... H MOINS D'EFFETS SECONDAIRES ..... I CONFIDENTIALITE ..... J EFFICACITE ..... K AUTRE ________________ ..... X (PRÉCISER)	
321	VÉRIFIER 311/311A: ENCERCLER LE CODE DE LA MÉTHODE: SI PLUS D'UN CODE ENCERCLÉ POUR UNE MÉTHODE À 311/311A, ENCERCLEZ LE CODE DE LA PREMIÈRE DES MÉTHODES ENCERCLÉES À 311/311A.	PILULE ..... 03 DIU ..... 04 INJECTIONS ..... 05 IMPLANTS ..... 06 CONDOM ..... 07 CONDOM FÉMININ ..... 08 DIAPHRAGME ..... 09 MOUSSE/GELÉE ..... 10 MAMA. 11	 CONDOM (07) → 328 08–11 → 325
322	Vous avez obtenu votre (MÉTHODE ACTUELLE) à (SOURCE DE LA MÉTHODE AUX Q. 313 OU 320). À ce moment-là, vous- a -t-on parlé d'effets secondaires ou de problèmes qui pourraient survenir à cause de l'utilisation de la méthode?	OUI ..... 1 NON 2	→ 324
323	Vous a-t-il jamais été parlé par le personnel de la santé ou un agent de la planification familiale d'effets secondaires ou de problèmes qui pourraient survenir à cause de l'utilisation de la méthode?	OUI ..... 1 NON 2	 → 325
324	Vous a-t-on dit ce que vous deviez faire si vous ressentiez des effets secondaires ou si vous aviez des problèmes?	OUI ..... 1 NON 2	
325	VÉRIFIER 322: CODE '1' ENCERCLÉ ▼ À ce moment-là, vous- a t-on parlé d'autres méthodes que vous pouviez utiliser? CODE '1' NON ENCERCLÉ ▼ Quand vous avez obtenu (MÉTHODE ACTUELLE) à (SOURCE DE LA MÉTHODE AUX Q. 313 OU 320). À ce moment-là, vous- a-t-on parlé d'autres méthodes que vous pouviez utiliser?	OUI ..... 1 NON 2	→ 327
326	Vous a-t-il jamais été parlé par le personnel de la santé ou un agent de la planification familiale d'autres méthodes de contraception que vous pouviez utiliser?	OUI ..... 1 NON 2	
327	VÉRIFIER 311/311A: ENCERCLER LE CODE DE LA MÉTHODE:	STÉRILISATION FÉMININE ..... 01 STÉRILISATION MASCULINE ..... 02 PILULE ..... 03 DIU/STÉRILET ..... 04 INJECTIONS ..... 05 IMPLANTS ..... 06 CONDOM ..... 07 CONDOM FÉMININ ..... 08 DIAPHRAGME ..... 09 MOUSSE/GELÉE ..... 10 MAMA ..... 11 CONTINENCE PÉRIODIQUE ..... 12 RETRAIT ..... 13 AUTRE MÉTHODE 96	→ 331 → 331 → 331 → 331 → 331 → 331

Nº.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
328	Où avez-vous obtenu (MÉTHODE ACTUELLE) la dernière fois? S'IL S'AGIT D'UN 'HÔPITAL, D'UN CENTRE DE SANTÉ OU D'UNE CLINIQUE, ÉCRIRE LE NOM DE L'ÉTABLISSEMENT. INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ. ____________________ (NOM DE L'ÉTABLISSEMENT)	SECTEUR PUBLIC CENTRE HOSPITALIER II (CHD II).... 11 CENTRE HOSPITALIER I (CHD I)...... 12 CENTRE DE SANTÉ DE BASE II....... 13 CENTRE DE SANTÉ DE BASE I........ 14 SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ CLINIQUE/HÔPITAL PRIVÉ .... 21 CENTRE DE SANTÉ PRIVÉ .... 22 PHARMACIE/DÉPÔT DE MÉDICA-MENTS.. 23 MÉDECIN PRIVÉ............................... 24 CENTRE DE PF/FISA........................ 25 AUTRE SOURCE AGENT VBC...................................... 31 BOUTIQUE.. 32 KIOSQUE.. 33 ÉGLISE .... 34 PARENTS/AMIS................................ 35 AUTRE ______________ 96 (PRÉCISER)	► 331
329	Connaissez-vous un endroit où vous pouvez vous procurer une méthode de planification familiale?	OUI .... 1 NON.. 2	 ► 331
330	Quel est cet endroit? S'IL S'AGIT D'UN 'HÔPITAL, D'UN CENTRE DE SANTÉ OU D'UNE CLINIQUE, ÉCRIRE LE NOM DE L'ÉTABLISSEMENT. INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ. ____________________ (NOM DE L'ÉTABLISSEMENT)	SECTEUR PUBLIC CENTRE HOSPITALIER II (CHD II)......A CENTRE HOSPITALIER I (CHD I)........B CENTRE DE SANTÉ DE BASE II.........C CENTRE DE SANTÉ DE BASE I..........D SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ CLINIQUE/HÔPITAL PRIVÉ ....E CENTRE DE SANTÉ PRIVÉ .... F PHARMACIE/DÉPÔT DE MÉDICA-MENTS... G MÉDECIN PRIVÉ.................................H CENTRE DE PF/FISA........................... I AUTRE SOURCE AGENT VBC... J BOUTIQUE...K KIOSQUE.. L ÉGLISE .... M PARENTS/AMIS...................................N AUTRE ______________ X (PRÉCISER)	
331	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous reçu la visite d'un agent communautaire qui vous a parlé de planification familiale?	OUI .... 1 NON.. 2	
331A	Quels sont pour vous les buts de la planification familiale ?	ESPACER LA NAISSANCE ....A LIMITER LA NAISSANCE ....B PRÉSERVER LA SANTÉ DE LA MÈRE .C PRÉSERVER LA SANTÉ DE L'ENFANT D BUT SOCIO ÉCONOMIQUE ....E AUTRE ______________ X (PRÉCISER)	

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
331A1	Connaissez-vous le nom des marques de condom? SI OUI: Quelle sont les marques que vous connaissez? Quel autre nom de marque vous connaissez ?	PROTECTOR/PROTECTOR PLUS .... A MANIX .... B INNOTEX .... C PROFILTEX .... D SIMPLEX .... E HANSAPLAST .... E PLEASURE .... F SANS MARQUE .... G AUTRE ______________________ ...... X (PRÉCISER) NE SAIT PAS .... Z	▶ 331B
331A2	Vous avez dit que vous connaissez le nom du condom Protector/ Protector plus. Où l'avez-vous entendu ou appris ? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ. SI LA PERSONNE DÉCLARE "RADIO", DEMANDER SI C'EST AU SHOW "TOKY SY ANTOKA" OU AU SHOW "PROTECTOR TIMES" ET ENCERCLER LE CODE CORRESPONDANT.	À LA RADIO .... A SHOW "TOKY SY ANTOKA" .... B SHOW "PROTECTOR TIMES" .... C À LA TÉLÉVISION .... D SUR DES AFFICHES .... E SUR LES BOITES DE VENTE .... F PARENTS .... G AMIS .... H MEDECINS .... I CINÉMOBILE .... J FILM "BAKAPILESY" .... K T-SHIRT/CASQUETTES .... L VENDEUR BASE COMMUNAUTAIRE .. M VENDEUR PSI .... N VENDEUR POINT DE VENTE .... O AUTRE ______________________ .... X (PRÉCISER)	
331B	Êtes-vous membre d'un groupement d'animation communautaire pour la santé?	OUI .... 1 NON 2	
331B1	Participez-vous au programme de SEECALINE?	OUI .... 1 NON 2	 —▶ 331C
331B2	Depuis combien de temps participez-vous au programme de SEECALINE? SI MOINS D'UN MOIS, ENREGISTRER '00'	NOMBRE DE MOIS .... [ ][ ] PLUS D'UN AN .... 96 NE SAIT PAS 98	
331B3	L'animateur de ce programme de SEECALINE, était-il ACN SEECALINE, ANIMATEUR NAC, ANIMATEUR JSI, ou AUTRE?	ACN SEECALINE .... 1 ANIMATEUR NAC .... 2 ANIMATEUR JSI .... 3 AUTRE ______________________ 6 (PRÉCISER)	
331C	Connaissez-vous quelqu'un qui soit membre d'un groupement d'animation communautaire pour la santé?	OUI .... 1 NON 2	
332	Au cours des 12 derniers mois, êtes-vous allée dans un centre de santé pour recevoir des soins pour vous (ou pour vos enfants)?	OUI .... 1 NON 2	
332B	Êtiez-vous allé au cours des 6 derniers mois à un centre de santé pour recevoir des soins pour vous (ou pour vos enfants)?	OUI .... 1 NON 2	 —▶ 401
333	Est-ce que quelqu'un du centre de santé vous a parlé de méthodes de planification familiale?	OUI .... 1 NON 2	
333A	La dernière fois, quand vous ou vos enfants, vous êtes allée au CSB, est-ce que vous avez trouvé les médicaments prescrits?	ENTIÈREMENT .... 1 PARTIELLEMENT .... 2 AUCUN 3	
333B	La dernière fois, quand vous ou vos enfants, vous êtes allée au CSB, comment avez-vous trouvé le prix des médicaments, cher, moyen ou bon marché?	CHER .... 1 MOYEN .... 2 ABORDABLE/BON MARCHÉ .... 3 NE SAIT PAS 8	

N^{O}.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
333C	La dernière fois, quand vous ou vos enfants, vous êtes allée au CSB, combien aviez-vous payé pour les médicaments (PRIX EN FMG)?	FRANCS MG .... [ ][ ][ ][ ][ ] FMG 99995 OU PLUS .... 99995 GRATUIT .... 99996 NE SAIT PAS 99998	
333D	La dernière fois, quand vous ou vos enfants, vous êtes allée au CSB, avez-vous pu payer vous-même les médicaments sans emprunter à un parent, ami ou voisin?	OUI .... 1 NON.. 2	

SECTION 4A. GROSSESSE, SOINS POSTNATALS ET ALLAITEMENT

401	VÉRIFIER 224: UNE OU PLUSIEURS NAISSANCES EN 1998 OU PLUS TARD ☐ ▼ PAS DE NAISSANCE EN 1998 OU PLUS TARD ☐			→486
402	INSCRIRE LE NUMÉRO DE LIGNE, LE NOM ET L'ÉTAT DE SURVIE DE CHAQUE NAISSANCE DEPUIS 1998. POSER LES QUESTIONS POUR TOUTES CES NAISSANCES. COMMENCER PAR LA DERNIÈRE NAISSANCE. (S'IL Y A PLUS DE 2 NAISSANCES, UTILISER LA DERNIÈRE COLONNE DES QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES). Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur la santé de tous vos enfants nés dans les 5 dernières années. (Nous parlerons d'un enfant à la fois)			
403	NUMÉRO DE LIGNE DE Q 212	DERNIÈRE NAISSANCE NUMÉRO DE LIGNE ☐☐	AVANT-DERNIÈRE NAISS NUMÉRO DE LIGNE ☐☐	
404	SELON Q. 212 ET Q. 216	NOM ____________ VIVANT ☐ ▼ MORT ☐ ▼	NOM ____________ VIVANT ☐ ▼ MORT ☐ ▼	
405	Au moment où vous êtes tombée enceinte de (NOM), vouliez-vous tomber enceinte à ce moment-là, vouliez-vous attendre plus tard, Ou vouliez-vous ne plus avoir d'enfant du tout?	À CE MOMENT .... 1 (PASSER À 407) PLUS TARD .... 2 NE VOULAIT PLUS .... 3 (PASSER À 407)	À CE MOMENT .... 1 (PASSER À 423) PLUS TARD .... 2 NE VOULAIT PLUS .... 3 (PASSER À 423)	
406	Combien de temps auriez-vous souhaité attendre?	MOIS .... 1 ☐☐ ANNÉES .... 2 ☐☐ NE SAIT PAS 998	MOIS .... 1 ☐☐ ANNÉES .... 2 ☐☐ NE SAIT PAS 998	
407	Pour cette grossesse, avez-vous reçu des soins prénatals? SI OUI: Qui avez-vous consulté? Quelqu'un d'autre? INSISTER POUR OBTENIR LE TYPE DE PERSONNE ET ENREGISTRER TOUTES LES PERSONNES VUES.	PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ MÉDECIN .... A INFIRMIÈRE/SAGE-FEMME/ASSISTANT MEDICAL .... B AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE TRADIT. FORMEE .... C ACCOUCHEUSE TRADIT. NON FORMEE .... D AUTRE ____________ X (PRÉCISER) PERSONNE .... Y (PASSER À 415)		
408	De combien de mois étiez-vous enceinte lors de votre première consultation prénatale?	MOIS .... ☐☐ NE SAIT PAS 98		
409	Combien de fois avez-vous été en consultation durant cette grossesse?	NOMBRE DE FOIS .... ☐☐ NE SAIT PAS 98		
410	VÉRIFIER 409: NOMBRE DE CONSULTATIONS PRÉNATALES REÇUES	UNE FOIS ☐ ▼ (PASSER À 412) PLUS D'UNE FOIS OU NSP ☐ ▼		

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM ________________	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM ________________
411	De combien de mois étiez-vous enceinte la dernière fois que vous avez passé une visite prénatale?	MOIS .... [ ][ ] NE SAIT PAS 98	
412	Durant cette grossesse, avez-vous eu les examens suivants, au moins une fois? Avez-vous été pesée? Vous-a-t-on mesurée? Vous-a-t-on pris la tension? Avez-vous donné un échantillon d'urine? Avez-vous donné du sang?	OUI NON POIDS ....1 2 TAILLE ....1 2 TENSION ....1 2 URINE ....1 2 SANG 1 2	
413	Vous-a-t-on parlé des signes de complications de la grossesse?	OUI .... 1 NON .... 2 (PASSER À 415) ◄ NE SAIT PAS 8	
414	Vous-a-t-on dit où aller si vous aviez ces complications?	OUI .... 1 NON .... 2 NE SAIT PAS 8	
415	Durant cette grossesse, avez-vous reçu une injection dans votre bras pour éviter au bébé d'avoir le tétanos , c'est-à-dire une injection qui évite des convulsions après la naissance?	OUI .... 1 NON .... 2 (PASSER À 416A) ◄ NE SAIT PAS 8	
416	Durant cette grossesse, combien de fois avez-vous eu cette injection?	NOMBRE DE FOIS .... [ ][ ] NE SAIT PAS 98	
416A	VÉRIFIER 416: NOMBRE D'INJECTIONS REÇUES CONTRE LE TÉTANOS OU Q.416 NON-POSÉE SI: MOINS DE 2 INJECTIONS OU Q.416 EST NON-POSÉE [ ] ▼ AU MOINS 2 INJECTIONS [ ] ►417		
416B	Maintenant, je voudrais que vous-vous rappeliez des injections que vous auriez reçu contre le tétanos avant que vous deveniez enceinte de votre dernière naissance (NOM). Avez-vous reçu une injection (vaccination) pour éviter le tétanos, n'importe quand avant que vous deveniez enceinte de votre dernière naissance (NOM) ? Vous pouvez avoir reçu cette injection au cours d'une grossesse précédente, entre les grossesses ou même avant votre première grossesse.	OUI .... 1 NON .... 2 (PASSER À 417) ◄ NE SAIT PAS 8	
416C	SI OUI : Combien de fois avez-vous reçu ces injections pour éviter le tétanos avant que vous deveniez enceinte la dernière fois?	NOMBRE DE FOIS .... [ ] NE SAIT PAS 8	

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM ______________________	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM ______________________
416D	Maintenant, je voudrais que vous vous rappeliez quand vous avez reçu ces injections contre le tétanos la dernière fois, avant la dernière grossesse. En particulier, je voudrais que vous-vous rappeliez de la plus récente de ces dernières injections que vous avez reçues.	MOIS .... [ ][ ] NE SAIT PAS LE MOIS .... 98 ANNÉE .... [ ][ ][ ][ ] NE SAIT PAS L'ANNÉE 9998	
416D1	Quand avez-vous reçu la dernière de ces injections?		
416D2	OU, SI DATE INCONNUE : Depuis combien d'années avez-vous reçu la dernière de ces injections?	COMBIEN D'ANNÉES .... [ ][ ] NE SAIT PAS L'ANNÉE 98	
417	Durant cette grossesse, vous-a-t-on donné ou avez-vous acheté des comprimés de fer ou du sirop contenant du fer? MONTRER COMPRIMÉ/SIROP.	OUI .... 1 NON .... 2 (PASSER À 419) ◄ NE SAIT PAS 8	
418	Durant toute la grossesse, pendant combien de jours avez-vous pris du fer, en comprimés ou en sirop? SI LA RÉPONSE N'EST PAS NUMÉRIQUE, INSISTER POUR OBTENIR UN NOMBRE APPROXIMATIF DE JOURS.	NOMBRE DE JOURS .... [ ][ ][ ] NE SAIT PAS 998	
419	Durant cette grossesse, avez-vous eu des difficultés pour voir à la lumière du jour?	OUI .... 1 NON .... 2 NE SAIT PAS 8	
420	Durant cette grossesse, avez-vous souffert de cécité crépusculaire [UTILISER NOM LOCAL?	OUI .... 1 NON .... 2 NE SAIT PAS 8	
421	Durant cette grossesse, avez-vous pris des médicaments pour éviter le paludisme?	OUI .... 1 NON .... 2 (PASSER À 423) ◄ NE SAIT PAS 8	
422	Quel était ce médicament? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	CHLOROQUINE .... A FANSIDAR .... B QUININE .... C MÉDICAMENT INCONNU .... D AUTRE ______________ X (PRÉCISER)	
423	Quand (NOM) est né(e), était-il/ elle: Très gros, plus gros que la moyenne, moyen, Plus petit que la moyenne, ou très petit?	TRÈS GROS .... 1 PLUS GROS QUE LA MOYENNE ... 2 MOYEN .... 3 PLUS PETIT QUE LA MOYENNE ... 4 TRÈS PETIT .... 5 NE SAIT PAS 8	TRÈS GROS .... 1 PLUS GROS QUE LA MOYENNE ... 2 MOYEN .... 3 PLUS PETIT QUE LA MOYENNE ... 4 TRÈS PETIT .... 5 NE SAIT PAS 8
424	(NOM) a-t-il/ elle été pesé(e) à la naissance?	OUI .... 1 NON .... 2 (PASSER À 425AA) ◄ NE SAIT PAS 8	OUI .... 1 NON .... 2 (PASSER À 425AA) ◄ NE SAIT PAS 8

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM ____________	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM ____________
425	Combien (NOM) pesait-il/ elle? ENREGISTRER LE POIDS PORTÉ SUR LE CARNET DE SANTÉ, SI DISPONIBLE.	GRAMMES DU CARNET............. 1 [ ][ ][ ][ ] GRAMMES DE MÉMOIRE .... 2 [ ][ ][ ][ ] NE SAIT PAS 9998	GRAMMES DU CARNET............. 1 [ ][ ][ ][ ] GRAMMES DE MÉMOIRE .... 2 [ ][ ][ ][ ] NE SAIT PAS 9998
425AA	Est-ce que (NOM) a-t-il/elle un acte de naissance? SI OUI: Puis-je le voir, s'il vous plaît?	OUI, VU .... 1 (PASSER À 426) ◄ OUI, PAS VU................................... 2 PAS D'ACTE DE NAISSANCE 8	OUI, VU .... 1 (PASSER À 426) ◄ OUI, PAS VU................................... 2 PAS D'ACTE DE NAISSANCE 8
425A	Est-ce que la naissance de (NOM) a été déclarée à l'état civil?	OUI .... 1 NON .... 2 NE SAIT PAS 8	OUI .... 1 NON .... 2 NE SAIT PAS 8
426	Qui vous a assisté pendant l'accouchement de (NOM)? Quelqu'un d'autre? INSISTER POUR OBTENIR LE TYPE DE PERSONNE. ENREGISTRER TOUTES LES PERSONNES CITÉES. SI L'ENQUÊTÉE DIT QUE "PERSONNE" NE L'A ASSISTÉ, INSISTER: Si une personne adulte était présente à l'accouchement.	PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ MÉDECIN ....A INFIRMIÈRE/SAGE-FEMME/ASSISTANT MEDICAL ......B AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE TRADIT. FORMEE.....................................C ACCOUCHEUSE TRADIT. NON FORMEE ....D PARENTS/AMIS ....E AUTRE ____________ X (PRÉCISER) PERSONNE ....Y	PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ MÉDECIN ....A INFIRMIÈRE/SAGE-FEMME/ASSISTANT MEDICAL ......B AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE TRADIT. FORMEE.....................................C ACCOUCHEUSE TRADIT. NON FORMEE.................................D PARENTS/AMIS ....E AUTRE ____________ X (PRÉCISER) PERSONNE ....Y
426A	Au cours de l'accouchement de votre dernière naissance (NOM), avez-vous reçu une injection pour éviter le tétanos?	OUI .... 1 NON .... 2 NE SAIT PAS 8	
426B	Depuis votre accouchement de votre dernière naissance (NOM), avez-vous reçu n'importe quelle injection pour éviter le tétanos?	OUI .... 1 NON .... 2 (PASSER À 427) ◄ NE SAIT PAS 8	
426C	SI OUI : Combien de fois avez-vous reçu ces injections pour éviter le tétanos depuis votre accouchement de votre dernière naissance (NOM)?	NOMBRE DE FOIS .... [ ] NE SAIT PAS 8	
427	Où avez-vous accouché de (NOM)? S'IL S'AGIT D'UN HÔPITAL PUBLIC, D'UN CENTRE DE SANTÉ PUBLIC , D'UNE CLINIQUE PRIVÉE, ÉCRIRE LE NOM DE L'ÉTABLISSEMENT. INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ. ____________ (NOM DE L'ÉTABLISSEMENT	DOMICILE VOTRE DOMICILE .... 11 (PASSER À 429) ◄ AUTRE DOMICILE..................... 12 SECTEUR PUBLIC CENTRE HÔSPITALIER............ 21 CENTRE DE SANTÉ DE BASE .22 AUTRE PUBLIC ____________ 26 (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ...... 31 AUTRE PRIVÉ. MÉDICAL ____________ 36 (PRÉCISER) AUTRE ____________ 96 (PRÉCISER) (PASSERÀ 429) ◄	DOMICILE VOTRE DOMICILE..................... 11 (PASSER À 429) ◄ AUTRE DOMICILE..................... 12 SECTEUR PUBLIC CENTRE HÔSPITALIER .... 21 CENTRE DE SANTÉ DE BASE .22 AUTRE PUBLIC ____________ 26 (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ...... 31 AUTRE PRIVÉ. MÉDICAL ____________ 36 (PRÉCISER) AUTRE ____________ 96 (PRÉCISER) (PASSER À 429) ◄

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM ____________	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM ____________
428	Avez-vous accouché de (NOM) par césarienne?	OUI ..... 1 (PASSER À 433) NON 2	OUI ..... 1 (PASSER À 435) NON 2
429	Après la naissance de (NOM), est-ce qu'un professionnel de la santé ou une sage-femme traditionnelle vous a examinée ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 433)	OUI ..... 1 (PASSER À 435) NON 2
430	Après combien de jours ou de semaines après l'accouchement avez-vous-eu votre premier examen de santé ENREGISTRER "00" SI MÊME JOUR.	JOURS APRÈS ACC. ..... 1 [ ][ ] SEMAINES APRÈS ACC 2 [ ][ ] NE SAIT PAS 998	
431	Qui vous a examinée à ce moment-là? INSISTER POUR LA PERSONNE LA PLUS QUALIFIÉE.	PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ MÉDECIN ..... 11 INFIRMIÈRE/SAGE-FEMME/ASSISTANT MEDICAL ..... 12 AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE TRADIT. FORMEE ..... 21 ACCOUCHEUSE TRADIT. NON FORMEE ..... 31 AUTRE ____________ 96 (PRÉCISER)	
432	Où a eu lieu ce premier examen de santé?	DOMICILE VOTRE DOMICILE ..... 11 AUTRE DOMICILE ..... 12 SECTEUR PUBLIC CENTRE HÔSPITALIER ..... 21 CENTRE DE SANTÉ DE BASE II .22 CENTRE DE SANTÉ DE BASE I.23 AUTRE PUBLIC ____________ 26 (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... 31 AUTRE PRIVÉ. MÉDICAL____________36 (PRÉCISER) AUTRE ____________ 96 (PRÉCISER)	
433	Dans les deux premiers mois qui ont suivi l'accouchement, avez-vous reçu une dose de vitamine A comme celle-ci? MONTRER 'AMPOULE/GÉLULES/SIROP.	OUI ..... 1 NON 2	
434	Est-ce que vos règles sont revenues depuis la naissance de (NOM)?	OUI ..... 1 (PASSER À 436) NON ..... 2 (PASSER À 437)	
435	Est-ce que vos règles sont revenues entre la naissance de (NOM AVANT DERNIERE NAISSANCE) et votre grossesse suivante?		OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 439)
436	Pendant combien de mois après la naissance de (NOM) n'avez-vous pas eu vos règles?	MOIS ..... [ ][ ] NE SAIT PAS 98	MOIS ..... [ ][ ] NE SAIT PAS 98

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM ____________	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM ____________
437	VÉRIFIER 226: ENQUÊTÉE ENCEINTE?	NON EN-CEINTE ▼ ☐ ENCEINTE OU PAS SÛRE (PASSER À 439) ☐	
438	Avez-vous repris les rapports sexuels depuis la naissance de (NOM)?	OUI .... 1 NON .... 2 (PASSER À 440)	
439	Pendant combien de temps après la naissance de (NOM) n'avez-vous pas eu de rapports sexuels?	JOURS .... 1 SEMAINES .... 2 MOIS .... 3 NE SAIT PAS 998	JOURS .... 1 SEMAINES .... 2 MOIS .... 3 NE SAIT PAS 998
440	Avez-vous allaité (NOM)?	OUI .... 1 NON .... 2 (PASSER À 447)	OUI .... 1 NON .... 2 (PASSER À 447)
441	Combien de temps après la naissance avez-vous mis (NOM) au sein pour la première fois? SI MOINS D'1 HEURE, NOTER '00' HEURE. SI MOINS DE 24 HEURES, NOTER EN HEURES. AUTREMENT, NOTER EN JOURS.	IMMÉDIATEMENT .... 000 HEURES .... 1 JOURS 2	IMMÉDIATEMENT .... 000 HEURES .... 1 JOURS 2
442	Dans les 3 jours qui ont suivi la naissance et avant que les seins de la mère commencent à produire du lait régulièrement, est-ce que (NOM) a bu quelque chose autre que le lait maternel?	OUI .... 1 NON .... 2 (PASSER À 444)	OUI .... 1 NON .... 2 (PASSER À 444)
443	Qu'est-ce qu'il avait été donné à boire à (NOM) avant que les seins de la mère commencent à produire du lait régulièrement ?	LAIT (AUTRE QUE LE LAIT MATERNEL) .... A EAU .... B EAU SUCRÉE OU AU GLUCOSE ... C INFUSIONS CALMANTES POUR COLIQUES .... D SOLUTION D'EAU SALÉE-SUCRÉE .... E JUS DE FRUIT .... F PRÉPARATION ARTIFICIELLE POUR BÉBÉ .... G THÉ/INFUSIONS .... H MIEL .... I AUTRE ____________ X (SPÉCIFIER)	LAIT (AUTRE QUE LE LAIT MATERNEL) .... A EAU .... B EAU SUCRÉE OU AU GLUCOSE ... C INFUSIONS CALMANTES POUR COLIQUES .... D SOLUTION D'EAU SALÉE-SUCRÉE .... E JUS DE FRUIT .... F PRÉPARATION ARTIFICIELLE POUR BÉBÉ .... G THÉ/INFUSIONS .... H MIEL .... I AUTRE ____________ X (SPÉCIFIER)
444	VÉRIFIER 404: ENFANT VIVANT?	EN VIE ☐ ▼ DÉCÉDÉ ☐ (PASSER À 446)	EN VIE ☐ ▼ DÉCÉDÉ ☐ (PASSER À 446)
445	Allaitez-vous encore (NOM)?	OUI .... 1 (PASSER À 448) NON 2	OUI .... 1 (PASSER À 448) NON 2
446	Pendant combien de mois avez-vous allaité (NOM) ?	MOIS .... NE SAIT PAS 98	MOIS .... NE SAIT PAS 98

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM ________________________	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM ________________________
447	VÉRIFIER 404: ENFANT EN VIE?	EN VIE [ ] (PASSER À 450) DÉCÉDÉ [ ] (RETOURNER À 405, COLONNE SUIVANTE, OU SI PLUS DE NAISSANCE, PASSER À 454)	EN VIE [ ] (PASSER À 450) DÉCÉDÉ [ ] (RETOURNER À 405, DERNIÈRE COLONNE DU NOUV. QUESTIONNAIRE, OU SI PLUS DE NAISSANCE, PASSER À 454)
448	Combien de fois avez-vous allaité la nuit dernière, entre le coucher et le lever du soleil? SI RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTER POUR OBTENIR UN NOMBRE APPROXIMATIF	NOMBRE ALLAITEMENTS DE NUIT .. [ ][ ]	NOMBRE ALLAITEMENTS DE NUIT .. [ ][ ]
449	Hier, combien de fois avez-vous allaité pendant la journée? SI RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTER POUR OBTENIR UN NOMBRE APPROXIMATIF.	NOMBRE ALLAITEMENTS DE JOUR. [ ][ ]	NOMBRE ALLAITEMENTS DE JOUR. [ ][ ]
449A	Maintenant, je voudrais savoir quelle quantité de nourriture vous mangez depuis que vous avez commencé à allaiter (NOM). Mangez-vous plus que d’habitude, comme d’habitude ou moins que d’habitude?	PLUS QUE D’HABITUDE.......................... 1 COMME D’HABITUDE............................. 2 MOINS QUE D’HABITUDE .... 3 NE SAIT PAS 8	PLUS QUE D’HABITUDE.......................... 1 COMME D’HABITUDE............................. 2 MOINS QUE D’HABITUDE .... 3 NE SAIT PAS 8
450	Est-ce que (NOM) a bu quelque chose au biberon hier ou la nuit dernière?	OUI .... 1 NON .... 2 NE SAIT PAS 8	OUI .... 1 NON .... 2 NE SAIT PAS 8
451	Est-ce que du sucre a été ajouté à n'importe quel aliment ou liquide donné à (NOM), hier?	OUI .... 1 NON .... 2 NE SAIT PAS 8	OUI .... 1 NON .... 2 NE SAIT PAS 8
452	Hier, durant le jour ou la nuit, combien de fois (NOM) a-t-il/elle été nourri (e) de purées ou d'aliments solides ou semi-solides? SI 7 FOIS OU PLUS, NOTER ‘7'.	NOMBRE DE FOIS .... [ ] NE SAIT PAS 8	NOMBRE DE FOIS .... [ ] NE SAIT PAS 8
453		RETOURNER À 405 DANS LA COLONNE SUIVANTE; OU, SI PLUS AUCUNE NAISSANCE, PASSER À 454.	RETOURNER À 405 DANS LA DERNIÈRE COLONNE DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE OU, SI PLUS AUCUNE NAISSANCE, PASSER À 454.

SECTION 4B. VACCINATION ET SANTÉ

454	INSCRIRE LE NUMÉRO DE LIGNE, LE NOM, L'ÉTAT DE SURVIE DE CHAQUE NAISSANCE SURVENUE DEPUIS JANVIER 1998. (S'IL Y A PLUS DE 2 NAISSANCES, UTILISER LA DERNIÈRE COLONNE DES QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES).		
455	NUMÉRO DE LIGNE DE Q.212	DERNIÈRE NAISSANCE NUMÉRO DE LIGNE..........	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NUMÉRO DE LIGNE...........
456	SELON Q.212 ET Q.216	NOM ____________ VIVANT ☐ DÉCÉDÉ ☐ (ALLER À 456, COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS DE NAISSANCE ALLER À 484)	NOM ____________ VIVANT ☐ DÉCÉDÉ ☐ (ALLER À 456, DERNIÈRE CO-LONNE DU NOUVEAU QUESTION-NAIRE OU SI PLUS DE NAISSANCES ALLER À 484)
457	Est-ce que (NOM) a reçu une dose de vitamine A, comme cela, au cours des 6 derniers mois? MONTRER L'AMPOULE/GÉLULE/SIROP.	OUI ....1 NON....................2 NE SAIT PAS 8	OUI ....1 NON....................2 NE SAIT PAS 8
458	Avez-vous un carnet de vaccination où les vaccinations de (NOM) sont inscrites SI OUI: Puis-je le voir, s'il vous plait? (SI LE CARNET EST VU, NOTER S'IL EST DE CARNET ZAZASALAMA OU D'UN AUTRE TYPE DE CARNET ET ENCERCLER LE CODE CORRESPONDANT)	OUI, VU/ZAZASALAMA ....1 (PASSER À 460) ◄ OUI, VU/MAIS AUTRE CARNET .....2 (PASSER À 460) ◄ OUI, MAIS CARNET PAS VU ....3 (PASSER À 462A) ◄ PAS DE CARNET...............4 NE SAIT PAS 8	OUI, VU/ZAZASALAMA..............1 (PASSER À 460) ◄ OUI, VU/MAIS AUTRE CARNET......2 (PASSER À 460) ◄ OUI, MAIS CARNET PAS VU...........3 (PASSER À 462A) ◄ PAS DE CARNET...............4 NE SAIT PAS 8
459	Avez-vous déjà eu un carnet de vaccination pour (NOM)? SI OUI: Était-il un carnet ZAZASALAMA? (MONTRER UN CARNET ZAZASALAMA)	OUI/C'ÉTAIT ZAZASALAMA........... 1 (PASSER À 462) ◄ OUI/ MAIS CARNET N'ÉTAIT PAS ZAZASALAMA.................. 2 (PASSER À 462) ◄ NON/PAS EU DE CARNET............. 3	OUI/C'ÉTAIT ZAZASALAMA........... 1 (PASSER À 462) ◄ OUI/ MAIS CARNET N'ÉTAIT PAS ZAZASALAMA.................. 2 (PASSER À 462) ◄ NON/PAS EU DE CARNET..............3
460	(1) COPIER LES DATES DE VACCINATION POUR CHAQUE VACCIN, À PARTIR DU CARNET. (2) NOTER '**44**' DANS LA COLONNE '**JOUR**' SI LE CARNET INDIQUE QU'UN VACCIN A ÉTÉ FAIT MAIS QUE LA DATE N'A PAS ÉTÉ REPORTÉE.	JOUR MOIS ANNÉE	JOUR MOIS ANNÉE
	BCG	BCG......	BCG......
	POLIO 0 (à la naissance)	P0	P0 ....
	POLIO 1	P1	P1 ....
	POLIO 2	P2	P2 ....
	POLIO 3	P3	P3 ....
	DTcoq 1	D1	D1 ....
	DTcoq 2	D2	D2 ....
	DTcoq 3	D3	D3 ....
	Rougeole	ROUG...	ROUG...
	Hépatite – B1	HépB1...	HépB1
	VITAMINE A (LA PLUS RÉCENTE)	VIT. A....	VIT. A ...

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM ______________	AVANT-DERNIÈRE-NAISSANCE NOM ______________
461	Est-ce que (NOM) a reçu des vaccinations qui ne sont pas inscrites sur ce carnet, y compris les vaccinations faites le jour d'une campagne nationale de vaccination? ENREGISTRER 'OUI' SEULEMENT SI L'ENQUÊTÉE MENTIONNE BCG, POLIO 0-3, DTCoq 1-3, ET/OU ROUGEOLE.	OUI .... 1 (INSISTER SUR LE TYPE DE VACCIN ET ÉCRIRE '66' DANS LA COL. CORRESPONDANT AU JOUR EN 460) (PASSER À 464) ◄ NON .... 2 (PASSER À 464) ◄ NE SAIT PAS 8	OUI .... 1 (INSISTER SUR LE TYPE DE VACCIN ET ÉCRIRE '66' DANS LA COL. CORRESPONDANT AU JOUR EN 460) (PASSER À 464) ◄ NON .... 2 (PASSER À 464) ◄ NE SAIT PAS 8
462A	Est-ce que le carnet de vaccination que (NOM) possède est un carnet ZAZASALAMA?	OUI .... 1 NON........ 2 NE SAIT PAS 8	OUI .... 1 NON........ 2 NE SAIT PAS 8
462	Est-ce que (NOM) a reçu des vaccinations pour lui éviter de contracter des maladies, y compris les vaccinations reçues le jour d'une campagne nationale de vaccination?	OUI .... 1 NON .... 2 (PASSER À 466) ◄ NE SAIT PAS 8	OUI .... 1 NON .... 2 (PASSER À 466) ◄ NE SAIT PAS 8
463	Dites-moi, s'il vous plait, si (NOM) a reçu l'une des vaccinations suivantes:		
463A	La vaccination du BCG contre la tuberculose, c'est-à-dire une injection dans le bras ou à l'épaule qui laisse, généralement, une cicatrice?[3]	OUI .... 1 NON .... 2 NE SAIT PAS 8	OUI .... 1 NON .... 2 NE SAIT PAS 8
463B	Le vaccin de la polio, c'est-à-dire des gouttes dans la bouche?	OUI .... 1 NON .... 2 (PASSER À 463E) ◄ NE SAIT PAS 8	OUI .... 1 NON .... 2 (PASSER À 463E) ◄ NE SAIT PAS 8
463C	Quand le premier vaccin contre la polio a-t-il été donné, juste après la naissance ou plus tard?	JUSTE APRÉS LA NAISSANCE ..... 1 PLUS TARD 2	JUSTE APRÉS LA NAISSANCE...... 1 PLUS TARD 2
463D	Combien de fois le vaccin de la polio a t-il été donné?	NOMBRE DE FOIS .... ☐	NOMBRE DE FOIS .... ☐
463E	La vaccination du DTcoq, c'est-à-dire une injection faite à la cuisse ou à la fesse donnée généralement en même temps que les gouttes contre la polio?	OUI .... 1 NON .... 2 (PASSER À463G) ◄ NE SAIT PAS 8	OUI .... 1 NON .... 2 (PASSER À 463G) ◄ NE SAIT PAS 8
463F	Combien de fois?	NOMBRE DE FOIS .... ☐	NOMBRE DE FOIS .... ☐
463G	Une injection contre la rougeole?	OUI .... 1 NON .... 2 NE SAIT PAS 8	OUI .... 1 NON .... 2 NE SAIT PAS 8
464	Est-ce que (NOM) a reçu certaines de ces vaccinations pendant ces deux dernières années au cours d'une journée nationale de vaccination?	OUI .... 1 NON .... 2 (PASSER À 466) ◄ PAS DE VACCIN. DANS 2 DERNIÈRES ANNÉES .... 3 (PASSER À 466) ◄ NE SAIT PAS 8	OUI .... 1 NON .... 2 (PASSER À 466) ◄ PAS DE VACCIN. DANS 2 DERNIÈRES ANNÉES .... 3 (PASSER À 466) ◄ NE SAIT PAS 8
465	Au cours de quelle journée nationale de vaccination, (NOM) a t-il reçu ces vaccinations? NOTER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	NOM CAMPAGNE/ (TYPE/DATE) 1 .... A 2 .... B 3 .... C 4 .... D	NOM CAMPAGNE/ (TYPE/DATE) 1 .... A 2 .... B 3 .... C 4 .... D
466	Est-ce que (NOM) a eu de la fièvre, à un moment quelconque, dans les deux dernières semaines ?	OUI .... 1 NON .... 2 NE SAIT PAS 8	OUI .... 1 NON .... 2 NE SAIT PAS 8

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM ______	AVANT-DERNIÈRE-NAISSANCE NOM ______
467	Est-ce que (NOM) a souffert de la toux, à un moment quelconque, au cours des deux dernières semaines	OUI .... 1 NON .... 2 (PASSER À 469) NE SAIT PAS 8	OUI .... 1 NON .... 2 (PASSER À 469) NE SAIT PAS 8
468	Quand (NOM) souffrait de la toux, respirait-il/elle plus vite que d'habitude avec un souffle court et rapide?	OUI .... 1 NON .... 2 NE SAIT PAS 8	OUI .... 1 NON .... 2 NE SAIT PAS 8
469	VÉRIFIER 466 ET 467: FIÈVRE OU TOUX?	"OUI" À 466 OU 467 ☐ AUTRE ☐ (PASSER À 475)	"OUI" À 466 OU 467 ☐ AUTRE ☐ (PASSER À 475)
470	Avez-vous demandé des conseils ou recherché un traitement pour la fièvre/toux?	OUI .... 1 NON .... 2 (PASSER À 472)	OUI .... 1 NON .... 2 (PASSER À 472)
471	Où avez-vous recherché des conseils ou un traitement? Quelque part ailleurs? NOTER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	SECTEUR PUBLIC CENTRE HÔSPITALIER II .... A CENTRE HÔSPITALIER I. .... B CENTRE DE SANTÉ DE BASE II C CENTRE DE SANTÉ DE BASE I . D AUTRE PUBLIC ______ E (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ .... F CENTRE DE SANTÉ PRIVÉ .... G PHARMACIE/DÉPÔT DE MÉDICAMENTS .... H MÉDECIN PRIVÉ .... I CENTRE PF/FISA .... J AUTRE PRIVÉ. MEDICAL ______ K (PRÉCISER) AUTRE SOURCE AGENT VBC .... L BOUTIQUE .... M KIOSQUE .... N GUÉRISSEUR TRADITIONNEL .. O AUTRE ______ X (PRÉCISER)	SECTEUR PUBLIC CENTRE HÔSPITALIER II .... A CENTRE HÔSPITALIER I. .... B CENTRE DE SANTÉ DE BASE II C CENTRE DE SANTÉ DE BASE I . D AUTRE PUBLIC ______ E (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ .... F CENTRE DE SANTÉ PRIVÉ .... G PHARMACIE/DÉPÔT DE MÉDICAMENTS .... H MÉDECIN PRIVÉ .... I CENTRE PF/FISA .... J AUTRE PRIVÉ. MEDICAL ______ K (PRÉCISER) AUTRE SOURCE AGENT VBC .... L BOUTIQUE .... M KIOSQUE .... N GUÉRISSEUR TRADITIONNEL .. O AUTRE ______ X (PRÉCISER)
472	VÉRIFIER 466: A EU DE LA FIÈVRE?	"OUI" À 466 ☐ "NON"/"NSP" À 466 ☐ (PASSER À 475)	"OUI' À 466 ☐ "NON"/"NSP" À 466 ☐ (PASSER À 475)
473	Est-ce que (NOM) a pris des médicaments contre la fièvre?	OUI .... 1 NON .... 2 (PASSER À 475) NE SAIT PAS 8	OUI .... 1 NON .... 2 (PASSER À 475) NE SAIT PAS 8
474	Quel médicament (NOM) a-t-il pris ? NOTER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ. DEMANDER À VOIR LE MÉDICAMENT SI LE TYPE DE MÉDICAMENT N'EST PAS CONNU. SI LE TYPE DE MÉDICAMENT NE PEUT ÊTRE DÉTERMINÉ, MONTRER UN ANTIPALUDÉEN TYPIQUE À L'ENQUETÉE.	FANSIDAR .... A CHLOROQUINE .... B ASPIRINE .... C IBUPROFENACET AMINOPHEN .... D AUTRE ______ X (PRÉCISER) NE SAIT PAS .... Z	FANSIDAR .... A CHLOROQUINE .... B ASPIRINE .... C IBUPROFENACET AMINOPHEN .... D AUTRE ______ X (PRÉCISER) NE SAIT PAS .... Z

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM ____________	AVANT-DERNIÈRE-NAISSANCE NOM ____________
475	Est-ce que (NOM) a eu la diarrhée au cours des deux dernières semaines?	OUI ... 1 NON ... 2 (PASSER À 483) NE SAIT PAS ... 8	OUI ... 1 NON ... 2 (PASSER À 483) NE SAIT PAS ... 8
475A	VÉRIFIER 445: DERNIER ENFANT ENCORE ALLAITÉ?	"OUI" À 445 ☐ "NON" À 445 ☐ (PASSER À 476)	
475B	Quand (NOM) a eu la diarrhée au cours des deux dernières semaines, avez-vous changé le nombre d'allaitement/ de tétées?	OUI ... 1 NON ... 2 (PASSER À 476)	
475C	Pendant la diarrhée que (NOM) a eu au cours des deux dernières semaines, lui avez-vous augmenté ou réduit le nombre d'allaitement/ tétées, ou avez-vous arrêté complètement de l'allaiter ?	AUGMENTÉ ... 1 RÉDUIT ... 2 ARRÊTÉ COMPLÈTEMENT ... 3	
476	Maintenant, je voudrais savoir quelle quantité de liquide (NOM) a reçu durant sa diarrhée. Lui avez-vous donné à boire moins que d'habitude, environ la même quantité ou plus que d'habitude ? **SI MOINS, INSISTER**: Lui avez-vous donné à boire beaucoup moins que d'`habitude ou un peu moins que d'habitude ?	BEAUCOUP MOINS ... 1 UN PEU MOINS ... 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ ... 3 PLUS ... 4 RIEN Á BOIRE ... 5 NE SAIT PAS ... 8	BEAUCOUP MOINS ... 1 UN PEU MOINS ... 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ ... 3 PLUS ... 4 RIEN Á BOIRE ... 5 NE SAIT PAS ... 8
477	Quand (NOM) a eu la diarrhée, lui avez-vous donné moins à manger que d'habitude, environ la même quantité, plus que d'habitude ou rien à manger du tout? SI MOINS, INSISTER: Lui avez-vous donné à manger beaucoup moins que d'habitude ou un peu moins que d'habitude?	BEAUCOUP MOINS ... 1 UN PEU MOINS ... 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ ... 3 PLUS ... 4 A STOPPÉ NOURRITURE ... 5 N'A JAMAIS DONNÉ À MANGER ... 6 NE SAIT PAS ... 8	BEAUCOUP MOINS ... 1 UN PEU MOINS ... 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ ... 3 PLUS ... 4 A STOPPÉ NOURRITURE ... 5 N'A JAMAIS DONNÉ À MANGER ... 6 NE SAIT PAS ... 8
478	Lui avez-vous donné l'une des choses suivantes à boire?	OUI NON NSP	OUI NON NSP
a	Un liquide préparé à partir d'un sachet ?	LIQUIDE SACHET SRO ... 1 2 8	LIQUIDE SACHET SRO ... 1 2 8
b	Un liquide maison recommandé par le gouvernement?	LIQUIDE MAISON ... 1 2 8	LIQUIDE MAISON ... 1 2 8
479	Est-ce que quelque chose d'autre a été donné pour traiter la diarrhée?	OUI ... 1 NON ... 2 (PASSER À 481) NE SAIT PAS ... 8	OUI ... 1 NON ... 2 (PASSER À 481) NE SAIT PAS ... 8
480	Qu'a-t-on donné pour traiter la diarrhée? Quelque chose d'autre? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	COMPRIMÉ OU SIROP ... A INJECTION ... B (I.V.) INTRAVEINEUSE ... C REMÈDES MAISON/PLANTES ... D AUTRE ____________ X (PRÉCISER)	COMPRIMÉ OU SIROP ... A INJECTION ... B (I.V.) INTRAVEINEUSE ... C REMÈDES MAISON/PLANTES ... D AUTRE ____________ X (PRÉCISER)
481	Avez-vous recherché des conseils ou un traitement pour la diarrhée?	OUI ... 1 NON ... 2 (PASSER À 483)	OUI ... 1 NON ... 2 (PASSER À 483)

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM ________________________	AVANT-DERNIÈRE-NAISSANCE NOM ________________________
482	Où avez-vous demandé un conseil ou recherché un traitement? Quelque part ailleurs? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	SECTEUR PUBLIC CENTRE HÔSPITALIER II........... A CENTRE HÔSPITALIER I............ B CENTRE DE SANTÉ DE BASE II C CENTRE DE SANTÉ DE BASE I . D AUTRE PUBLIC ____________ E (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ .... F CENTRE DE SANTÉ PRIVÉ........G PHARMACIE/DÉPÔT DE MÉDICAMENTS...........................H MÉDECIN PRIVÉ.......................... I CENTRE PF/FISA.........................J AUTRE PRIVÉ. MEDICAL ______________K (PRÉCISER) AUTRE SOURCE AGENT VBC .... L BOUTIQUE.................................. M KIOSQUE....................................N GUÉRISSEUR TRADITIONNEL ..O AUTRE ____________________ X (PRÉCISER)	SECTEUR PUBLIC CENTRE HÔSPITALIER II........... A CENTRE HÔSPITALIER I............ B CENTRE DE SANTÉ DE BASE II C CENTRE DE SANTÉ DE BASE I . D AUTRE PUBLIC ____________ E (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ .... F CENTRE DE SANTÉ PRIVÉ........G PHARMACIE/DÉPÔT DE MÉDICAMENTS...........................H MÉDECIN PRIVÉ.......................... I CENTRE PF/FISA.........................J AUTRE PRIVÉ. MEDICAL ______________K (PRÉCISER) AUTRE SOURCE AGENT VBC................................ L BOUTIQUE.................................. M KIOSQUE....................................N GUÉRISSEUR TRADITIONNEL ..O AUTRE ____________________ X (PRÉCISER)
483		RETOURNER À 456 DANS COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS DE NAISSANCES, PASSER À 484.	RETOURNER À 456 DANS LA DERNIÈRE COLONNE DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE OU, SI PLUS DE NAISSANCES, PASSER À 484.

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER
484	VÉRIFIER 215 ET 218, TOUTES LES COLONNES: NOMBRE D'ENFANTS VIVANTS NÉS EN 1998 OU PLUS TARD UN OU PLUS ☐ ▼ AUCUN ☐		—► 487
485	Que faites-vous généralement des excréments de votre (plus jeune) enfant quand il n'utilise pas de toilettes?	UTILISE TOUJOURS TOILETTES/ LATRINES .... 01 JETTE DANS TOILETTES/LATRINES .. 02 JETTE À L'EXTÉRIEUR DU LOGEMENT .... 03 JETTE EN DEHORS DE LA COUR .... 04 ENTERRE DANS LA COUR .... 05 S'EN DÉBARRASSE EN LAVANT AVEC DE L'EAU .... 06 NE S'EN DÉBARRASSE PAS.... 07 AUTRE ______ 96 (PRÉCISER)	
486	VÉRIFIER 478a TOUTES LES COLONNES: AUCUN ENFANT N'A REÇU DE SACHET SRO ☐ ▼ UN ENFANT A REÇU DES SACHETS SRO ☐		—► 488
487	Avez-vous déjà entendu parler d'un produit spécial appelé [NOM LOCAL] que l'on peut obtenir pour traiter la diarrhée?	OUI .... 1 NON 2	
488	VÉRIFIER 218: A UN OU PLUSIEURS ENFANTS VIVANT AVEC ELLE ☐ ▼ N'A PAS D'ENFANT VIVANT AVEC ELLE ☐		—► 490
489	Quand (votre enfant/l'un de vos enfants) est sérieusement malade, pouvez-vous, vous-même, décider de prendre l'enfant pour qu'il soit traité médicalement? SI L'ENQUÊTÉE RÉPOND QU'AUCUN ENFANT N'A JAMAIS ÉTÉ SÉRIEURSEMENT MALADE, DEMANDER: Si (votre enfant/ l'un de vos enfants) tombait sérieusement malade, pourriez-vous, vous-même, décider de prendre l'enfant pour qu'il soit traité médicalement?	OUI .... 1 NON .... 2 CELA DÉPEND 3	

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	GROS PROBLÈME	PETIT PROBLEME	AUCUN PROBLÈME	ALLER
490	Maintenant, je voudrais vous poser des questions concernant des soins médicaux pour vous-même. Différentes raisons peuvent empêcher les femmes d'obtenir des conseils ou des traitements médicaux pour elles-mêmes. Quand vous êtes malade et que vous voulez un conseil ou un traitement médical, est-ce-que les questions suivantes constituent, pour vous, un gros problème, un problème mineur ou ne posent aucun problème?				
	Savoir où aller.	1	2	3	
	Obtenir la permission d'y aller.	1	2	3	
	Obtenir l'argent nécessaire pour le traitement.	1	2	3	
	Ne pas disposer d'un établissement de santé à proximité.	1	2	3	
	Devoir prendre un moyen de transport.	1	2	3	
	Ne pas vouloir s'y rendre seule.	1	2	3	
	Souci qu'il n'y ait peut-être pas de personnel de santé de sexe féminin.	1	2	3	

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER
491	VÉRIFIER 215 ET 218: A AU MOINS UN ENFANT NÉ EN 2000 OU PLUS TARD ET VIVANT AVEC ELLE [ ] ENREGISTRER LE NOM DE L'ENFANT LE PLUS JEUNE VIVANT AVEC ELLE (ET CONTINUER À 492) ______________________ (NOM)	N'A PAS D'ENFANT NÉ EN 2000 OU PLUS TARD ET VIVANT AVEC ELLE [ ]	→494

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	7 DERNIERS JOURS NOMBRE DE JOURS	HIER/ NUIT DERNIÈRE NOMBRE DE FOIS
492	Maintenant, je voudrais vous demander quel liquide [NOM À Q. 491] a bu au cours des 7 derniers jours , y compris hier. Combien de jours, au cours des 7 derniers jours, [NOM À Q. 491] a-t-il/elle bu un ou des liquides suivants? POUR CHACUN DES LIQUIDES BUS, AU MOINS UNE FOIS, DANS LES 7 DERNIERS JOURS, DEMANDER: Au total, hier durant le jour ou la nuit combien de fois (NOM À Q. 491) a-t-il/elle bu:		
a	Eau?	a [ ]	a [ ]
b	Eau de riz?	b [ ]	b [ ]
c	Préparation artificielle pour bébé?	c [ ]	c [ ]
d	Tout autre type de lait, comme le lait en boite, en poudre, ou le lait frais d'animal?	d [ ]	d [ ]
e	Jus de fruit?	e [ ]	e [ ]
f	Autres liquides? SI 7 FOIS OU PLUS, NOTER '7'. SI NE SAIT PAS, NOTER '8'.	f [ ]	f [ ]
493	Maintenant, je voudrais vous demander quelle nourriture [NOM À Q. 491] a reçu au cours des 7 derniers jours , y compris hier. Combien de jours, au cours des 7 derniers jours, [NOM À Q. 491] a-t-il/elle reçu un ou des aliments suivants? POUR CHACUN DES ALIMENTS REÇUS, AU MOINS UNE FOIS, DANS LES 7 DERNIERS JOURS, DEMANDER: Au total, hier durant le jour ou la nuit combien de fois (NOM À Q. 491) a-t-il/elle reçu:	7 DERNIERS JOURS NOMBRE DE JOURS	HIER/ NUIT DERNIÈRE NOMBRE DE FOIS
a	Aliments à base de céréales [ex: Mogofasy, mil, sorgho, maïs, riz, blé, bouillie, ou autres céréales locales]?	a [ ]	a [ ]
b	Igname ou courge rouge ou jaune, carottes ou patates douces rouges?	b [ ]	b [ ]
c	Autres aliments à base de tubercules [par ex: pommes de terre, igname blanche, manioc, farine de manioc (cassava), ou autre tubercules/racines locales?]	c [ ]	c [ ]
d	N'importe quel légume à feuilles vertes?	d [ ]	d [ ]
e	Mangue, papaye [ou autres fruits locaux riches en vitamine A]?	e [ ]	e [ ]
f	Tout autre fruit et légume [par ex: banane, pomme, haricots verts, avocat, tomate]?	f [ ]	f [ ]
g	Viande, volaille, poisson, coquillages, ou oeufs?	g [ ]	g [ ]
h	Autres aliments à base de légumes [par ex: lentilles, haricots, soja, légumineuses, ou arachides]?	h [ ]	h [ ]
i	Fromage ou yaourts?	i [ ]	i [ ]
j	Tout aliment préparé avec de l'huile, de la graisse ou de beurre? SI 7 FOIS OU PLUS, NOTER '7'. SI NE SAIT PAS, NOTER '8'.	j [ ]	j [ ]

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER
494	Avez-vous dormi sous une moustiquaire la nuit dernière?	OUI ....1 NON 2	 →494 F
494A	Pour quelles raisons avez-vous utilisé une moustiquaire ?	ÉVITER PIQURES DE MOUSTIQUES .... A ÉVITER LE PALUDISME .... B ÉVITER LES INSECTES.... C JE SUIS ENCEINTE .... D NE SAIT PAS .... E AUTRE ________ .... F (PRÉCISER)	
494B	Est-ce que la moustiquaire sous laquelle vous avez dormi la nuit dernière a été achetée au marché ou reçu gratuitement ?	ACHETÉE AU MARCHE....1 REÇU D'UNE ONG OU D'UNE ORGANISATION....2 AUTRE ________ 6 (PRÉCISER) NE SAIT PAS 8	
494C	Depuis combien de temps avez-vous acheté ou reçu cette moustiquaire ? SI PLUS DE 84 MOIS, CODER 95	NOMBRE DE MOIS .... [ ][ ] NE SAIT PAS 98	
494D	Est-ce que la moustiquaire a été imprégnée d'insecticide ou non depuis que vous l'avez eue ?	OUI ....1 NON ....2 NE SAIT PAS 8	 →494F (NON, NE SAIT PAS)
494E	Depuis combien de temps la moustiquaire a-t-elle été imprégnée d'insecticide la dernière fois ? SI PLUS DE 84 MOIS, CODER 95	NOMBRE DE MOIS .... [ ][ ] NE SAIT PAS 98	
494F	Avez-vous déjà entendu parler d'une marque de moustiquaire qui s'appelle SUPERMOUSTIQUAIRE ?	OUI ....1 NON 2	 →494I
494G	Où avez-vous entendu parler de moustiquaire de marque SUPERMOUSTIQUAIRE ?	À LA RADIO .... A A LA TELE.... B SUR DES AFFICHES.... C SUR LES PAQUETS EN VENTE.... D PARENTS .... E AMIS.... F MEDECINS .... G CINEMOBILE .... H T-SHIRT/CASQUETTES ....I AUTRE ________ .... X (PRÉCISER)	
494H	Est-ce que la moustiquaire sous laquelle vous dormez habituellement est de marque SUPERMOUSTIQUAIRE ?	OUI ....1 NON 2	
494I	VÉRIFIER 226: ACTUELLEMENT ENCEINTE [ ] ▼ PAS ENCEINTE OU PAS SURE [ ]		→495
494J	Avez-vous souffert de la fièvre, à un moment quelconque, au cours des deux dernières semaines?	OUI… ....1 NON 2	 →495

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER
494K	Avez-vous pris des médicaments contre la fièvre?	OUI ... 1 NON ... 2	 → 495
494L	Quels médicaments avez-vous pris ? DEMANDER À VOIR LE(S) MEDICAMENT(S). SI PAS VU, MONTRER LE(S) MEDICAMENT(S) À L'ENQUETÉE ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNE POUR CHAQUE ANTI-PALUDIQUE, DEMANDER: Combien de temps après que la fièvre a commencé avez-vous commencé à prendre le (NOM DU MÉDICAMENT) ? CODES EN JOUR : MEME JOUR = 0 1 JOUR APRES FIEVRE = 1 2 JOURS APRES FIEVRE = 2 3 JOURS OU PLUS = 3	ANTIPALUDIQUES CHLOROQUINE ... A — NOMBRE DE JOURS ___ NOMBRE DE FOIS/ JOUR ___ FANSIDAR ... B — NOMBRE DE JOURS ___ NOMBRE DE FOIS/ JOUR ___ QUININE ... C — NOMBRE DE JOURS ___ NOMBRE DE FOIS/ JOUR ___ AUTRES MEDICAMENTS ASPIRINE ... D PARACETAMOL ... E AUTRE ... X NE SAIT PAS ... Z	
495	La dernière fois que vous avez préparé le repas pour votre famille, vous êtes-vous lavé les mains avant de commencer?	OUI ... 1 NON ... 2 N'A JAMAIS PRÉPARÉ DE REPAS ... 3	
496	Fumez-vous actuellement des cigarettes ou du tabac? SI OUI: Que fumez-vous? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	OUI, CIGARETTES ... A OUI, PIPE ... B OUI, AUTRE TABAC ... C NON ... Y	
497	VÉRIFIER 496: CODE 'A' ENCERCLÉ ☐ ▼ CODE 'A' PAS ENCERCLÉ ☐		→ 498A
498	Dans les dernières 24 heures, combien de cigarettes (nombre de tiges) avez-vous fumé?	CIGARETTES ... ☐☐	
498A	Avez-vous déjà entendu des chansons sur l'allaitement?	OUI ... 1 NON ... 2	 → 498C
498B	Avez-vous entendu chanter sur l'allaitement dans la musique de POOPY, dans des chansons populaires de vos communautés ou autres?	POOPY ... 1 COMMUNAUTÉS ... 2 AUTRE MUSIQUE ... 3	
498C	Maintenant, je voudrais vous poser des questions liées à votre propre santé. Avez-vous une carte (ou un carnet) de santé ou un autre document où sont inscrites vos propres vaccinations? SI OUI : PUIS-JE LE VOIR ?	OUI (CARTE VUE) ... 1 OUI (MAIS CARTE PAS VUE) ... 2 NON ... 3 NE SAIT PAS ... 8	
498D	VÉRIFIER 215: A EU AU MOINS UNE NAISSANCE ☐ ▼ N'APAS EU DE NAISSANCE ☐		→ 498F

498E	Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur toutes vos naissances, qu'elles soient encore en vie ou non, en commençant par la 1ère naissance que vous avez eue. Ces questions portent sut les vaccinations contre le tétanos dont nous avons déjà parlé dans cette interview, et la rougeole. REPORTER ICI DANS CE TABLEAU, LA LISTE DE TOUTES LES NAISSANCES DE L'ENQUÊTÉE À PARTIR DU TABLEAU REPRODUCTION Q.212. NOTER LES JUMEAUX / TRIPLÉS SUR DES LIGNES SÉPARÉES.						
Nom de votre (premier/ suivant) enfant? (NOM)	TÉTANOS		ROUGEOLE Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur les injections contre la Rougeole (NOM LOCAL DE LA ROUGEOLE), appelées vaccins anti-rougeole. Le vaccin anti-rougeole protège l'enfant contre une infection qui apparaît accompagnée de fièvre intense, d'éruption de boutons sur le corps, particulièrement sur le visage et le cou. L'enfant reçois le vaccin contre la rougeole vers l'âge de 1 an sur le bras ou à l'épaule.				
	Durant la grossesse de (Nom), avez-vous reçu une injection dans votre bras pour éviter au bébé d'avoir le tétanos , c'est-à-dire une injection qui évite des convulsions après la naissance?	SI OUI : Combien de fois avez-vous reçu ces injections pour éviter le tétanos au cours de la grossesse de (NOM)?	Est-ce que (Nom) a-t-il/elle reçu une injection contre la rougeole sur son bras ou à l'épaule vers l'âge de 1 an, pour le/la protéger contre ces éruptions cutanées?	Est-ce que (Nom) a-t-il/elle reçu une injection contre la rougeole sur son bras ou à l'épaule à n'importe quel âge, pour le/la protéger contre ces éruptions cutanées?	Quand (Nom) est né a-t-il/elle reçu une injection contre la rougeole sur son bras ou à l'épaule au cours d'une journée nationale de vaccination ou au cours d'autre campagne publique ou scolaire, pour le/la protéger contre ces éruptions cutanées?	Est-ce que (Nom) est déjà tombé malade de la rougeole (NOM LOCAL DE LA MALADIE), qui se manifeste par de la fièvre intense et des éruptions cutanées?	Avez-vous, vous-même déjà amené (Nom) à au moins une vaccination?
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
01	OUI....................1 NON....................2 (PASSER À (4)) NE SAIT PAS......8	NOMBRE DE FOIS.... ☐ NE SAIT PAS 8	OUI....................1 (PASSER À (6)) NON....................2 NE SAIT PAS......8	OUI..... 1 NON ... 2 NSP.... 8	OUI.................... 1 (CAMPAGNE) NON .... 2 NE SAIT PAS 8	OUI ..... 1 NON.... 2 NSP 8	OUI .....1 NON....2 NSP 8
02	OUI....................1 NON....................2 (PASSER À (4)) NE SAIT PAS......8	NOMBRE DE FOIS.... ☐ NE SAIT PAS 8	OUI....................1 (PASSER À (6)) NON....................2 NE SAIT PAS......8	OUI..... 1 NON ... 2 NSP.... 8	OUI.................... 1 (CAMPAGNE) NON .... 2 NE SAIT PAS 8	OUI ..... 1 NON.... 2 NSP 8	OUI .....1 NON....2 NSP 8
03	OUI....................1 NON....................2 (PASSER À (4)) NE SAIT PAS......8	NOMBRE DE FOIS.... ☐ NE SAIT PAS 8	OUI....................1 (PASSER À (6)) NON....................2 NE SAIT PAS......8	OUI..... 1 NON ... 2 NSP.... 8	OUI.................... 1 (CAMPAGNE) NON .... 2 NE SAIT PAS 8	OUI ..... 1 NON.... 2 NSP 8	OUI .....1 NON....2 NSP 8
04	OUI....................1 NON....................2 (PASSER À (4)) NE SAIT PAS......8	NOMBRE DE FOIS.... ☐ NE SAIT PAS 8	OUI....................1 (PASSER À (6)) NON....................2 NE SAIT PAS......8	OUI..... 1 NON ... 2 NSP.... 8	OUI.................... 1 (CAMPAGNE) NON .... 2 NE SAIT PAS 8	OUI ..... 1 NON.... 2 NSP 8	OUI .....1 NON....2 NSP 8
05	OUI....................1 NON....................2 (PASSER À (4)) NE SAIT PAS......8	NOMBRE DE FOIS.... ☐ NE SAIT PAS 8	OUI....................1 (PASSER À (6)) NON....................2 NE SAIT PAS......8	OUI..... 1 NON ... 2 NSP.... 8	OUI.................... 1 (CAMPAGNE) NON .... 2 NE SAIT PAS 8	OUI ..... 1 NON.... 2 NSP 8	OUI .....1 NON....2 NSP 8
06	OUI....................1 NON....................2 (PASSER À (4)) NE SAIT PAS......8	NOMBRE DE FOIS.... ☐ NE SAIT PAS 8	OUI....................1 (PASSER À (6)) NON....................2 NE SAIT PAS......8	OUI..... 1 NON ... 2 NSP.... 8	OUI.................... 1 (CAMPAGNE) NON .... 2 NE SAIT PAS 8	OUI ..... 1 NON.... 2 NSP 8	OUI .....1 NON....2 NSP 8

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER
498F	Il y'a t-il un établissement de santé à côté de vous dans votre village/centre urbain où vous pouvez vous rendre pour effectuer des visites prénatales en cas de besoin?	OUI .... 1 NON.. 2 NE SAIT PAS... 8	

SECTION 5. MARIAGE ET ACTIVITÉ SEXUELLE

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
501	Êtes-vous actuellement mariée ou vivez-vous actuellement avec un homme?	OUI, ACTULLEMENT MARIÉE............... 1 OUI, VIT AVEC UN HOMME .... 2 NON, PAS EN UNION 3	1, 2 → 505
502	Avez-vous déjà été mariée ou avez-vous déjà vécu avec un homme?	OUI, A ÉTÉ MARIÉE.............................. 1 OUI, A VÉCU AVEC UN HOMME........... 2 NON 3	 → 510 → 514
504	Quelle est votre situation matrimoniale actuelle : êtes-vous veuve, divorcée ou séparée?	VEUVE .... 1 DIVORCÉE .... 2 SÉPARÉE 3	1, 2, 3 → 510
505	Est-ce que votre mari/partenaire vit actuellement avec vous, ou vit-il ailleurs?	VIT AVEC ELLE .... 1 VIT AILLEURS 2	
506	ENREGISTRER LE NOM DU MARI/PARTENAIRE ET SON NUMÉRO DE LIGNE DE LA FEUILLE MÉNAGE. S'IL N'EST PAS LISTÉ DANS LE MÉNAGE, ENREGISTRER '00'.	NOM ______________________ No DE LIGNE. .... [ ][ ]	
507	Est-ce que votre mari/partenaire a d'autres épouses/femmes en plus de vous-même?	OUI.. 1 NON 2	 → 510
508	Combien d'autres femmes a-t-il?	NOMBRE .... [ ][ ] NE SAIT PAS....................................... 98	 → 510
509	Êtes-vous la première, seconde, ... femme?	RANG.. [ ][ ]	
510	Avez-vous été mariée ou avez-vous vécu avec un homme une fois ou plus d'une fois?	UNE FOIS .... 1 PLUS D'UNE FOIS 2	
511	VÉRIFIER 510: MARIÉE/ A VÉCU AVEC UN HOMME SEUL. UNE FOIS [ ] ▼ En quel mois et quelle année avez-vous commencé à vivre avec votre mari/partenaire? MARIÉE/A VÉCU AVEC UN HOMME PLUS D'UNE FOIS [ ] ▼ Maintenant, nous allons parler de votre premier mari/partenaire. En quel mois et quelle année avez-vous commencé à vivre avec lui?	MOIS... [ ][ ] NE SAIT PAS LE MOIS .... 98 ANNÉE......................... [ ][ ][ ][ ] NE SAIT PAS L'ANNÉE.................... 9998	→ 514
512	Quel âge aviez-vous lorsque vous avez commencé à vivre avec lui?	ÂGE.. [ ][ ]	
514	Maintenant, je voudrais vous poser quelques questions sur votre activité sexuelle afin de mieux comprendre certains problèmes de la vie familiale? Quel âge aviez-vous quand vous avez eu vos premiers rapports sexuels (si vous en avez-eus)?	JAMAIS .... 00 ÂGE EN ANNÉES..................... [ ][ ] 1ère FOIS EN COMMENÇANT À VIVRE AVEC (1er) MARI/PARTENAIRE.......... 95	→ 524
515	Il y a combien de temps que vous avez eu vos derniers rapports sexuels? ENREGISTRER EN "NOMBRE D'ANNÉES" SEULEMENT SI LES DERNIERS RAPPORTS ONT EU LIEU IL Y A UN AN OU PLUS. SI 12 MOIS OU PLUS, LA RÉPONSE DOIT ÊTRE EN ANNÉES.	NOMBRE DE JOURS .... 1 [ ][ ] NOMBRE DE SEMAINES...... 2 [ ][ ] NOMBRE DE MOIS .... 3 [ ][ ] NOMBRE D'ANNÉES .... 4 [ ][ ]	 → 524

Nº.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
516	La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels, est-ce qu'un condom a été utilisé?	OUI .... 1 NON 2	 →516D
516A	Quelle est la raison principale pour laquelle vous avez utilisé un condom à cette occasion?	ENQUÊTÉE VEUT ÉVITER MST/SIDA.. 1 ENQ. VEUT ÉVITER GROSSESSE .... 2 ENQ. VEUT ÉVITER À LA FOIS MST/SIDA ET GROSSESSE .... 3 N'AVAIT PAS CONFIANCE DANS PARTENAIRE /SOUPÇONNE PARTENAIRE D'AVOIR D'AUTRES PARTENAIRES .... 4 PARTENAIRE A DEMANDÉ/INSISTÉ.... 5 AUTRE ______ 6 (PRÉCISER) NE SAIT PAS 8	
516B	Vous êtes-vous procuré ces condoms ou est-ce votre partenaire qui les a fournis?	ENQUÊTÉE S'EST PROCURÉ .... 1 PARTENAIRE A FOURNI .... 2 QUELQU'UN D'AUTRE A FOURNI 3	 2, 3 → 517
516C	Combien avez-vous payé pour les condoms? ENREGISTRER LE PRIX DE 3 CONDOMS EN FMG	PRIX 3 CONDOMS/FMG |__|__|__|__| CADEAU/GRATUIT 9996	→ 517
516D	Quelles sont les raisons principales pour lesquelles un condom n'a pas été utilisé aux derniers rapports sexuels?	PAS L'HABITUDE .... A REFUS DE PARTENAIRE .... B N'AIME PAS LES CONDOMS .... C ÇA REDUIT LE PLAISIR .... D CONDOM SE DECHIRE .... E CONDOM DEGAGE UNE CERTAINE ODEUR .... F CONDOM N'EST PAS BIEN LUBRIFIE..G CONFIANCE EN MON PARTENAIRE....H FIDELE A MON PARTENAIRE .... I PEUR QUE MON PARTENAIRE ME SOUPÇONNE .... J NOUS AVONS UN AUTRE CONTRACEPTIF .... K CONDOM COUTE TROP CHER .... L CONDOM PAS SOUS LA MAIN .... M CONDOM ETAIT INTROUVABLE/ NOUS N'EN AVONS PAS PU OBTENIR .... N CONDOM EST ASSOCIE AUX IST .... O CONDOM EST ASSOCIE AU CONTACT AVEC LES PROSTITUEES .... Q VEUT CONCEVOIR .... S AUTRE ______ .... X (PRÉCISER) NE CONNAÎT PAS LE CONDOM .... Z	
517	Quelle est votre relation avec l'homme avec qui vous avez eu vos derniers rapports sexuels? SI "PETIT AMI " OU "FIANCÉ", DEMANDER: Votre petit ami/fiancé vivait-il avec vous quand vous avez eu vos derniers rapports sexuels avec lui? SI "OUI", ENREGISTRER '01' SI "NON", ENREGISTRER '02'	C'EST MON MARI/PARTENAIRE COHABITANT .... 01 C'EST MON PETIT AMI/FIANCÉ .... 02 C'EST UN AUTRE AMI .... 03 C'EST RENCONTRE OCCASIONNEL. 04 C'EST UN PARENT .... 05 C'EST UN CLIENT (PROSTITUTION).. 06 AUTRE ______ 96 (PRÉCISER)	→519

Nº.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
518	Pour combien de temps avez-vous eu des rapports sexuels avec cet homme? SI ELLE A EU DES RAPPORTS SEXUELS AVEC CET HOMME SEULEMENT UNE FOIS, ENREGISTRER '01' JOUR.	JOURS .... 1 SEMAINES............................ 2 MOIS..................................... 3 ANNÉES 4	
519	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu des rapports sexuels avec un autre homme?	OUI... 1 NON 2	 →524
520	La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels avec cet autre homme, est-ce qu'un condom a été utilisé?	OUI... 1 NON 2	 →520F
520A	Quelle est la raison principale pour laquelle vous avez utilisé un condom à cette occasion?	ENQUÊTÉE VEUT ÉVITER MST/SIDA.. 1 ENQ. VEUT ÉVITER GROSSESSE .... 2 ENQ. VEUT ÉVITER À LA FOIS MST/SIDA ET GROSSESSE .... 3 N'AVAIT PAS CONFIANCE DANS PARTENAIRE /SOUPÇONNE PARTENAIRE D'AVOIR D'AUTRES PARTENAIRES .... 4 PARTENAIRE A DEMANDÉ/INSISTÉ.... 5 AUTRE ______________________ 6 (PRÉCISER) NE SAIT PAS... 8	
520D	Vous êtes-vous procuré ces condoms ou est-ce votre partenaire qui les a fournis?	ENQUÊTÉE S'EST PROCURÉ .... 1 PARTENAIRE A FOURNI....................... 2 QUELQU'UN D'AUTRE A FOURNI 3	 →521 (2, 3)
520E	Combien avez-vous payé pour les condoms? ENREGISTRER LE PRIX DE 3 CONDOMS EN FMG	PRIX 3 CONDOMS/FMG CADEAU/GRATUIT 96	▶ 521
520F	Quelles sont les raisons principales pour lesquelles un condom n'a pas été utilisé aux derniers rapports sexuels?	PAS L'HABITUDE.................................. A REFUS DE PARTENAIRE .... B N'AIME PAS LES CONDOMS .... C ÇA REDUIT LE PLAISIR......................... D CONDOM SE DECHIRE......................... E CONDOM DEGAGE UNE CERTAINE ODEUR .... F CONDOM N'EST PAS BIEN LUBRIFIE..G CONFIANCE EN MON PARTENAIRE.... H FIDELE A MON PARTENAIRE................ I PEUR QUE MON PARTENAIRE ME SOUPÇONNE..J NOUS AVONS UN AUTRE CONTRACEPTIF ....K CONDOM COUTE TROP CHER .... L CONDOM PAS SOUS LA MAIN............ M CONDOM ETAIT INTROUVABLE/ NOUS N'EN AVONS PAS PU OBTENIR...........N CONDOM EST ASSOCIE AUX IST........O CONDOM EST ASSOCIE AU CONTACT AVEC LES PROSTITUEES ....Q VEUT CONCEVOIR ....S AUTRE ___________________________ ....X (PRÉCISER) NE CONNAÎT PAS LE CONDOM .... Z	

Nº.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
521	Quelle est votre relation avec cet autre homme? SI "PETIT AMI " OU "FIANCÉ", DEMANDER: Votre petit ami/fiancé vivait-il avec vous quand vous avez eu vos derniers rapports sexuels avec lui? SI "OUI", ENREGISTRER '01' SI "NON", ENREGISTRER '02'	C'EST MON MARI/PARTENAIRE COHABITANT ... 01 C'EST MON PETIT AMI/FIANCÉ ... 02 C'EST UN AUTRE AMI ... 03 C'EST RENCONTRE OCCASIONNEL. 04 C'EST UN PARENT ... 05 C'EST UN CLIENT (PROSTITUTION).. 06 AUTRE ______ 96 (PRÉCISER)	01 → 523
522	Pour combien de temps avez-vous eu des rapports sexuels avec cet autre homme? SI ELLE A EU DES RAPPORTS SEXUELS AVEC CET HOMME SEULEMENT UNE FOIS, ENREGISTRER '01' JOUR.	JOURS ... 1 [ ][ ] SEMAINES ... 2 [ ][ ] MOIS ... 3 [ ][ ] ANNÉES ... 4 [ ][ ]	
523	En tout, avec combien d'hommes différents avez-vous eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois?	NOMBRE DE PARTENAIRES ... [ ][ ]	
523A	Vous est-il déjà arrivé de recevoir de l'argent, des cadeaux ou des faveurs en échange de rapports sexuels?	OUI ... 1 NON ... 2	2 → 524
523B	Combien de temps s'est écoulé depuis la dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels en échange d'argent, de cadeaux ou de faveurs?	NOMBRE DE JOURS ... 1 [ ][ ] NOMBRE DE SEMAINES ... 2 [ ][ ] NOMBRE DE MOIS ... 3 [ ][ ] NOMBRE D'ANNÉES ... 4 [ ][ ] NE SE SOUVIENT PAS ... 998	
523C	La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels en échange d'argent, de cadeaux ou de faveurs, un condom a-t-il été utilisé?	OUI ... 1 NON ... 2	
524	Connaissez-vous un endroit où l'on peut se procurer des condoms?	OUI ... 1 NON ... 2	2 → 527
525	Où est-ce? S'IL S'AGIT D'UN HÔPITAL, D'UN CENTRE DE SANTÉ OU D'UNE CLINIQUE, ÉCRIRE LE NOM DE L'ENDROIT. INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ. ______ (NOM DE L'ENDROIT) Aucun autre endroit? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL GOUVERNEMENTAL ... A CENTRE DE SANTÉ GOUV. ... B CLINIQUE PLANNING FAMILIAL ... C CLINIQUE MOBILE ... D AGENT DE TERRAIN ... E AUTRE PUBLIC ______ F (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL PRIVÉ/CLINIQUE ... G PHARMACIE ... H MÉDECIN PRIVÉ ... I CLINIQUE MOBILE ... J AGENT DE TERRAIN ... K AUTRE PRIVÉ MÉDICAL ______ L (PRÉCISER) AUTRE SOURCE BOUTIQUE ... M ÉGLISE ... N AMIS/PARENTS ... O AUTRE ______ X (PRÉCISER)	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
526	Si vous le souhaitiez, pourriez-vous vous procurer vous-même un condom?	OUI ... 1 NON ... 2 NE SAIT PAS/PAS SÛRE ... 8	
527	Connaissez-vous un endroit où l'on peut se procurer des condoms féminins?	OUI ... 1 NON ... 2	 →601
528	Où est-ce? S'IL S'AGIT D'UN HÔPITAL, D'UN CENTRE DE SANTÉ OU D'UNE CLINIQUE, ÉCRIRE LE NOM DE L'ENDROIT. INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ. ________________ (NOM DE L'ENDROIT) Aucun autre endroit? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	SECTEUR PUBLIC CENTRE HÔSPITALIER ... A CENTRE DE SANTÉ DE BASE ... B CLINIQUE PLANNING FAMILIAL ... C CLINIQUE MOBILE ... D AGENT DE TERRAIN ... E AUTRE PUBLIC ________ F (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL PRIVÉ/CLINIQUE ... G PHARMACIE ... H MÉDECIN PRIVÉ ... I CLINIQUE MOBILE ... J AGENT DE TERRAIN ... K AUTRE PRIVÉ MÉDICAL ________ L (PRÉCISER) AUTRE SOURCE BOUTIQUE/KIOSQUE ... M ÉGLISE ... N AMIS/PARENTS ... O AUTRE ________ X (PRÉCISER)	
529	Si vous le souhaitiez, pourriez-vous vous procurer vous-même un condom féminin?	OUI ... 1 NON ... 2 NE SAIT PAS/PAS SÛRE ... 8	

SECTION 6. PRÉFÉRENCES EN MATIÈRE DE FÉCONDITÉ

N^{O}	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
601	VÉRIFIER 311/311A: NI LUI NI ELLE STÉRILISÉ ☐ ▼ LUI OU ELLE STÉRILISÉ ☐		▶614
602	VÉRIFIER 226: PAS ENCEINTE OU PAS SÛRE ☐ ▼ Maintenant j'ai quelques questions au sujet de l'avenir. Voudriez-vous avoir (un/un autre) enfant, ou préféreriez-vous ne pas avoir d'(autres) enfants du tout? ENCEINTE ☐ ▼ Maintenant j'ai quelques questions au sujet de l'avenir. Après l'enfant que vous attendez, voudriez-vous avoir un autre enfant, ou préféreriez-vous ne pas avoir d'autres enfants du tout?	AVOIR (UN/UN AUTRE) ENFANT .... 1 PAS D'AUTRES DU TOUT/AUCUN .... 2 DIT QU'ELLE NE PEUT PAS TOMBER ENCEINTE .... 3 INDÉCISE/NE SAIT PAS: ET ENCEINTE .... 4 ET PAS ENCEINTE/ PAS SÛRE 5	 ▶604 ▶614 ▶610 ▶608
603	VÉRIFIER 226: PAS ENCEINTE OU PAS SÛRE ☐ ▼ Combien de temps voudriez-vous attendre à partir de maintenant avant la naissance d'un (autre) enfant? ENCEINTE ☐ ▼ Après la naissance de l'enfant que vous attendez, combien de temps voudriez-vous attendre avant la naissance d'un autre enfant?	MOIS .... 1 ☐☐ ANNÉES .... 2 ☐☐ BIENTÔT/MAINTENANT .... 993 DIT PEUT PAS TOMBER ENCEINTE .. 994 APRÈS MARIAGE .... 995 AUTRE ________________________ 996 (PRÉCISER) NE SAIT PAS 998	 ▶609 ▶614 ┐ ├▶609 ┘
604	VÉRIFIER 226: PAS ENCEINTE OU PAS SÛRE ☐ ▼ ENCEINTE ☐		▶610
605	VÉRIFIER 310: UTILISE UNE MÉTHODE? NON POSÉE ☐ ▼ N'UTILISE PAS ACTUELLEMENT ☐ ▼ UTILISE ACTUELLEMENT ☐		▶608
606	VÉRIFIER 603: NON POSÉE ☐ ▼ 24 MOIS OU PLUS OU 02 ANS OU PLUS ☐ ▼ 00-23 MOIS OU 00-01 ANNÉE ☐		▶610

Nº	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
607	VÉRIFIER 602: VEUT UN/UN AUTRE ENFANT ☐ ▼ Vous avez dit que, dans l'immédiat, vous ne vouliez pas avoir (un/ un autre) enfant, mais vous n'utilisez pas de méthode pour éviter une grossesse. Pouvez-vous me dire pourquoi? Autre raison? NE VEUT PAS D'(AUTRE) ENFANT ☐ ▼ Vous avez dit que vous ne vouliez pas d'(autre) enfant, mais vous n'utilisez pas de méthode pour éviter une grossesse. Pouvez-vous me dire pourquoi? Autre raison? ENREGISTRER TOUTES LES RAISONS MENTIONNÉES.	NON MARIÉE .... A RAISONS LIÉES À LA FÉCONDITÉ PAS DE RAPPORTS SEXUELS .... B RAP. SEXUELS PEU FRÉQUENTS .... C MÉNOPAUSE//HYSTÉRECTOMIE. .... D SOUS-FÉCONDE/STÉRILE .... E AMÉNORRHÉE POSTPARTUM .... F ALLAITEMENT .... G FATALISTE .... H OPPOSITION À L'UTILISATION ENQUÊTÉE OPPOSÉE .... I MARI/PARTENAIRE OPPOSÉ .... J AUTRES PERSONNES OPPOSÉES .... K INTERDITS RELIGIEUX .... L MANQUE DE CONNAISSANCE CONNAÎT AUCUNE MÉTHODE .... M CONNAÎT AUCUNE SOURCE .... N RAISONS LIÉES AUX MÉTHODES PROBLÈMES DE SANTÉ .... O PEUR DES EFFETS SECONDAIRES .... P PAS ACCESSIBLE/TROP LOIN .... Q TROP CHER .... R PAS PRATIQUE À UTILISER .... S INTERFÈRE AVEC DES FONCTIONS NORMALES DU CORPS .... T AUTRE ______ X (PRÉCISER) NE SAIT PAS .... Z	
608	Dans les semaines qui viennent, si vous découvriez que vous êtes enceinte, cela serait-il un problème important, un petit problème ou cela ne vous poserait-il aucun problème?	PROBLÈME IMPORTANT .... 1 PETIT PROBLÈME .... 2 AUCUN PROBLÈME .... 3 DIT NE PEUT PAS TOMBER ENCEINTE/ NE PEUT PAS AVOIR DE RAPPORTS SEXUELS 4	
609	VÉRIFIER 310: UTILISE UNE MÉTHODE? NON POSÉE ☐ ▼ NON, N'UTILISE PAS ACTUELLEMENT ☐ ▼ OUI, UTILISE ACTUELLEMENT ☐		→ 614
610	Pensez-vous que, dans un avenir proche ou lointain, vous utiliserez une méthode pour retarder ou éviter une grossesse?	OUI .... 1 NON .... 2 NE SAIT PAS 8	 NON, NE SAIT PAS → 612
611	Quelle méthode préféreriez-vous utiliser?	STÉRILISATION FÉMININE .... 01 STÉRILISATION MASCULINE .... 02 PILULE .... 03 DIU .... 04 INJECTIONS .... 05 IMPLANTS .... 06 CONDOM .... 07 CONDOM FÉMININ .... 08 DIAPHRAGME .... 09 MOUSSE/GELÉE .... 10 MAMA. .... 11 CONTINENCE PÉRIODIQUE .... 12 RETRAIT .... 13 AUTRE ______ 96 (PRÉCISER) PAS SÛRE/NE SAIT PAS 98	→ 614

N^O^	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
612	Quelle est la raison principale pour laquelle vous pensez que vous n'utiliserez pas de méthode contraceptive dans un avenir proche ou lointain?	NON MARIÉE .... 11 RAISONS LIÉES À LA FÉCONDITÉ PAS DE RAP. SEXUELS/RAP. SEXUELS PEU FRÉQUENTS .... 22 MÉNOPAUSE/HYSTÉRECTOMIE. .... 23 SOUS-FÉCONDE/STÉRILE .... 24 VEUT AUTANT D'ENFANTS QUE POSSIBLE .... 26 OPPOSITION À L'UTILISATION ENQUÊTÉE OPPOSÉE .... 31 MARI/PARTENAIRE OPPOSÉ .... 32 AUTRES PERSONNES OPPOSÉES .. 33 INTERDITS RELIGIEUX .... 34 MANQUE DE CONNAISSANCE CONNAÎT AUCUNE MÉTHODE .... 41 CONNAÎT AUCUNE SOURCE .... 42 RAISONS LIÉES AUX MÉTHODES PROBLÈMES DE SANTÉ .... 51 PEUR DES EFFETS SECONDAIRES . 52 PAS ACCESSIBLE/TROP LOIN .... 53 TROP CHER .... 54 PAS PRATIQUE À UTILISER .... 55 INTERFÈRE AVEC DES FONCTIONS NATURELLES DU CORPS .... 56 AUTRE ______________ 96 (PRÉCISER) NE SAIT PAS 98	22–98 ▶ 614
613	Utiliseriez-vous une méthode si vous étiez mariée?	OUI .... 1 NON .... 2 NE SAIT PAS 8	
614	VÉRIFIER 216: A DES ENFANTS VIVANTS ☐ ▼ Si vous pouviez revenir à l'époque ou vous n'aviez pas d'enfant et choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans votre vie, combien auriez-vous voulu en avoir ? N'A PAS D'ENFANT VIVANT ☐ ▼ Si vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans votre vie, combien voudriez-vous en avoir? INSISTER POUR OBTENIR UNE RÉPONSE NUMÉRIQUE.	NOMBRE .... [ ][ ] AUTRE ______________ 96 (PRÉCISER)	96 ▶ 616
615	Parmi ces enfants, combien souhaiteriez-vous de garçons, combien souhaiteriez-vous de filles, et pour combien d'entre eux, le sexe n'aurait-il pas d'importance?	GARÇONS / FILLES / N'IMPORT NOMBRE .... [ ][ ] [ ][ ] [ ][ ] AUTRE ______________ 96 (PRÉCISER)	
616	Diriez-vous que vous approuvez ou que vous désapprouvez les couples qui utilisent une méthode pour éviter de tomber enceinte?	APPROUVE .... 1 DÉSAPPROUVE .... 2 NE SAIT PAS/PAS SÛRE 3	
616A	Connaissez-vous des couples qui utilisent une méthode pour éviter de tomber enceintes?	OUI .... 1 NON 2	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
617	Au cours des derniers mois, avez-vous entendu parler de planification familiale: a) À la radio? b) À la radio "SHOW TOKY SY ANTOKA"? c) À la télévision? d) Dans des journaux ou magazines? e) Sur des affiches? f) Par les pairs éducateurs? g) Au cours des animations? h) À Cinémobile? i) Au film "BAKAPILESY"?	OUI NON RADIO .... 1 2 RADIO "SHOW TOKY SY ANT" .. 1 2 TÉLÉVISION........ 1 2 JOURNAUX OU MAGAZINES ..... 1 2 AFFICHES........ 1 2 PAIRS ÉDUCATEURS .... 1 2 ANIMATIONS .... 1 2 CINÉMOBILE........ 1 2 FILM BAKAPILESY 1 2	
618	À votre avis, est-il admissible ou inadmissible de parler de planification familiale : À la radio ? À la télévision? Dans les journaux ou magazines? Sur des affiches ? Dans des prospectus/brochures ? Dans les séances d'animation culturelle ou éducative ? A l'école ?	ADMIS-SIBLE IN-ADMIS-SIBLE À LA RADIO........ 1 2 À LA TV .... 1 2 DANS LES JOURNAUX ... 1 2 SUR DES AFFICHES....... 1 2 DANS PROSPECTUS...... 1 2 ANIMATION CULT .... 1 2 A L'ECOLE 1 2	
619	Au cours des derniers mois, avez-vous discuté de la pratique de la planification familiale avec vos ami(e)s, vos voisins ou voisines ou vos parents ou parentes?	OUI .... 1 NON........ 2	 —► 621
620	Avec qui en avez-vous discuté? Quelqu'un d'autre? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	MARI/PARTENAIRE........ A MÈRE .... B PÈRE .... C SOEUR(S) .... D FRÈRE(S)........ E FILLE(S) .... F FILS .... G BELLE-MÈRE(S) .... H AMI(E)S/VOISIN(E)S........ I PERSONNEL DE SANTÉ........ J PAIRS ÉDUCATEURS .... K AUTRE ______ X (PRÉCISER)	
621	VÉRIFIER 501: OUI, ACTUELLEMENT MARIÉE ☐ ▼ OUI, VIT AVEC UN HOMME ☐ ▼ NON, PAS EN UNION ☐		—► 628
622	VÉRIFIER 311/311A: UN CODE ENCERCLÉ ☐ ▼ PAS DE CODE ENCERCLÉ ☐		—► 624
623	Vous avez dit que vous utilisez actuellement une méthode de contraception. Voudriez-vous me dire que l'utilisation de cette méthode est principalement votre propre décision, ou celle de votre mari/partenaire, ou une décision commune de vous deux ?	DÉCISION DE L'ENQUÊTÉE........ 1 DÉCISION DU MARI/PARTENAIRE .... 2 DÉCISION COMMUNE .... 3 AUTRE ______ 6 (PRÉCISER)	
624	Maintenant je voudrais vous demander au sujet des opinions de votre mari/partenaire en matière de planification familiale. Pensez-vous que votre mari/partenaire approuve ou désapprouve les couples qui utilisent une méthode pour éviter une grossesse?	APPROUVE........ 1 DÉSAPPROUVE .... 2 NE SAIT PAS........ 8	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
625	Combien de fois, au cours des 12 derniers mois, avez-vous parlé de la planification familiale avec votre mari/ partenaire?	JAMAIS .... 1 UNE OU DEUX FOIS .... 2 PLUS SOUVENT 3	
626	VÉRIFIER 311/311A: NI LUI NI ELLE STÉRILISÉ ☐ ▼ LUI OU ELLE STÉRILISÉ ☐		→ 628
627	Pensez-vous que votre mari/ partenaire veut le même nombre d'enfants que vous, en veut davantage que vous ou en veut moins que vous?	MÊME NOMBRE .... 1 PLUS D'ENFANTS .... 2 MOINS D'ENFANTS .... 3 NE SAIT PAS 8	
628	Le mari et la femme ne sont pas toujours d'accord sur tout. S'il vous plaît, dites-moi si vous pensez qu'il est légitime qu'une femme refuse d'avoir des rapports sexuels avec son mari quand:	OUI NON NSP	
	Elle sait que son mari a une maladie sexuellement transmissible?	IL A UNE MST 1 2 8	
	Elle sait que son mari a des rapports sexuels avec d'autres femmes?	AUTRES FEMMES 1 2 8	
	Elle a accouché récemment?	ACCOUCHE. RÉCENT 1 2 8	
	Elle est fatiguée ou n'est pas d'humeur à ça?	FATIGUÉE/PAS HUMEUR 1 2 8	

SECTION 7. CARACTÉRISTIQUES DU CONJOINT ET TRAVAIL DE LA FEMME

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
701	VÉRIFIER 501 ET 502: ACTUELLEMENT MARIÉE/ VIT AVEC UN HOMME ▼ A ÉTÉ MARIÉE/ A VÉCU AVEC UN HOMME → 703 JAMAIS MARIÉE ET N'A JAMAIS VÉCU AVEC UN HOMME → 707		→ 703 → 707
702	Quel âge a eu votre mari/ partenaire à son dernier anniversaire?	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES ...	
703	Est-ce que votre (dernier) mari/ partenaire a fréquenté l'école?	OUI ....1 NON 2	→ 706
704	Quel est le plus haut niveau d'études qu'il a atteint : Primaire, post-primaire, secondaire ou supérieur?	PRIMAIRE ....1 SECONDAIRE 1....................2 SECONDAIRE 2....................3 SUPÉRIEUR ....4 NE SAIT PAS 8	→ 706
705	Quelle est la dernière (classe/ année) qu'il a achevé à ce niveau? INSCRIRE « 0 » POUR MOINS D'UN AN ACHEVÉ.	CLASSE/ANNÉE………….. NE SAIT PAS………………… 8	
706	VÉRIFIER 701: ACTUEL. MARIÉE/ VIT AVEC UN HOMME ▼ Quelle est l'occupation de votre mari/ partenaire? C'est-à-dire, quel genre de travail fait-il principalement? A ÉTÉ MARIÉE/A VÉCU AVEC UN HOMME ▼ Quelle était l'occupation de votre (dernier) mari/ partenaire? C'est-à-dire, quel genre de travail faisait-il principalement?	____________ ____________ ____________	
707	En dehors de votre travail domestique, est-ce que vous travaillez actuellement?	OUI ....1 NON 2	→ 710
708	Comme vous le savez, certaines femmes ont un travail pour lequel elles sont payées en argent ou en nature. Certaines ont un petit commerce ou travaillent sur les terres de la famille ou dans l'affaire de la famille. Faites-vous en ce moment quelque chose de ce genre ou un quelconque autre travail?	OUI ....1 NON 2	→ 710
709	Avez-vous fait un travail quelconque au cours des 12 derniers mois?	OUI ....1 NON 2	→ 719

CODES Q.705

	Q.704 : NIVEAU D'EDUCATION				
	NIVEAU	PRIMAIRE = 1	SEC. 1 = 2	SEC. 2 = 3	SUPERIEUR = 4
	CLASSE	0 = MOINS D'UNE ANNÉE ACHEVÉE			
		T1 = 1 T2 = 2 T3 = 3 T4 = 4 T5 = 5 NSP = 8	T6 =6 ème = 1 T7 =5 ème = 2 T8 =4 ème = 3 T9 =3 ème = 4 NSP = 8	T10 =2nd = 1 T11 =1ère = 2 T12 =Terminale = 3 NSP = 8	1 ère année = 1 2 ème année = 2 3 ème année = 3 4 ème année = 4 5 ème année ou + = 5 NSP = 8

710	Quelle est votre occupation, c'est-à-dire, quel genre de travail faites-vous principalement?	______________________ ______________________ ______________________	
711	VÉRIFIER 710: TRAVAILLE DANS AGRICULTURE ☐ ▼ NE TRAVAILLE PAS DANS AGRICULTURE ☐		→ 713
712	Travaillez-vous principalement sur votre propre terre, ou sur la terre de votre famille, ou travaillez-vous sur une terre que vous louez, ou travaillez vous sur la terre de quelqu'un d'autre?	PROPRE TERRE....................................1 TERRE DE LA FAMILLE..........................2 TERRE LOUÉE.......................................3 TERRE DE QUELQU'UN D'AUTRE..........4	
713	Faites-vous ce travail pour un membre de votre famille, pour quelqu'un d'autre, ou êtes-vous à votre compte?	POUR UN MEMBRE DE LA FAMILLE......1 POUR QUELQU'UN D'AUTRE ....2 À SON COMPTE.....................................3	
714	Travaillez-vous habituellement à la maison ou loin de la maison?	À LA MAISON ....1 LOIN DE LA MAISON 2	
715	Travaillez-vous habituellement toute l'année, de manière saisonnière, ou seulement de temps en temps?	TOUTE L'ANNÉE.....................................1 SAISONNIER/PARTIE DE L'ANNÉE ....2 TEMPS EN TEMPS..................................3	
716	Pour ce travail, touchez-vous de l'argent, êtes-vous payée en nature ou n'êtes-vous pas du tout payée?	ARGENT SEULEMENT ....1 ARGENT ET NATURE ....2 EN NATURE SEULEMENT.......................3 PAS PAYÉE 4	3, 4 → 719
717	Qui décide principalement comment l'argent que vous gagnez va être utilisé?	ENQUÊTÉE ELLE-MÊME ....1 MARI/PARTENAIRE ....2 ENQUÊTÉE ET MARI/PARTENAIRE ENSEMBLE..3 QUELQU'UN D'AUTRE............................4 ENQUÊTÉE ET QUELQU'UN D'AUTRE ENSEMBLE..5	
718	En moyenne, quelle part des dépenses de votre ménage est payée par ce que vous gagnez : presque rien, moins de la moitié, à peu près la moitié, plus de la moitié ou la totalité?	PRESQUE RIEN ....1 MOINS DE LA MOITIÉ.............................2 À PEU PRÈS LA MOITIÉ..........................3 PLUS DE LA MOITIÉ ....4 LA TOTALITÉ...5 RIEN, TOUT SON REVENU EST GARDÉ.6	
719	Dans votre famille, qui a généralement le dernier mot dans les décisions suivantes:	ENQUÊTÉE ELLE-MÊME = 1 MARI/PARTENAIRE = 2 ENQUÊTÉE ET MARI/PARTENAIRE, ENSEMBLE = 3 QUELQU'UN D'AUTRE = 4 ENQUÊTÉE ET QUELQU'UN D'AUTRE, ENSEMBLE = 5 DÉCISION PAS PRISE/PAS APPLICABLE = 6	
	Vos propres soins de santé?	SOINS 1 2 3 4 5 6	
	Les achats de choses importantes pour le ménage?	CHO. IMP. 1 2 3 4 5 6	
	Les achats pour les besoins quotidiens du ménage?	QUOTID. 1 2 3 4 5 6	
	Les visites à la famille ou aux parents?	VISITES 1 2 3 4 5 6	
	Quelle nourriture sera préparée chaque jour?	NOURRIT. 1 2 3 4 5 6	

720	PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES À CE MOMENT (PERSONNES PRÉSENTES ET QUI ÉCOUTENT, PRÉSENTES MAIS QUI N'ÉCOUTENT PAS, OU PAS PRÉSENTES)		PRÉS./ ÉCOUTE	PRÉS./ ÉCOUTE PAS	PAS PRÉS.	
		ENFANTS <10	1	2	8	
		MARI	1	2	8	
		AUTRES HOMMES	1	2	8	
		AUTRES FEMMES	1	2	8	
721	Parfois un mari est contrarié ou en colère à cause de certaines choses que fait sa femme. À votre avis, est-il légitime qu'un mari frappe ou batte sa femme dans les situations suivantes:		OUI	NON	NSP	
	Si elle sort sans le lui dire?	SORTIR	1	2	8	
	Si elle néglige les enfants?	NÉGL. ENFANTS	1	2	8	
	Si elle argumente avec lui?	DISCUTER	1	2	8	
	Si elle refuse d'avoir des rapports sexuels avec lui?	REFUSER SEX.	1	2	8	
	Si elle brûle la nourriture?	BRÛLER NOUR.	1	2	8	

SECTION 8. SIDA ET AUTRES MALADIES SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
801	Maintenant, je voudrais vous parler de quelque chose d'autre. Avez-vous déjà entendu parler d'une maladie appelée SIDA?	OUI ..... 1 NON 2	 → 817
802	Y-a-t-il quelque chose qu'une personne peut faire pour éviter de contracter le SIDA ou le virus qui cause le SIDA?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS 8	 ┐ ┴► 809
803	Que peut-on faire? Quelque chose d'autre? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	S'ABSTENIR DE RAPPORTS SEX. ..... A UTILISER DES CONDOMS ..... B LIMITER RAPPORTS SEX. À UN PARTENAIRE /RESTER FIDÉLE À UN SEUL PARTENAIRE ..... C LIMITER LE NOMBRE DE PARTENAIRES SEXUELS ..... D ÉVITER RAP. SEX. PROSTITUÉES ..... E ÉVITER RAP. SEX. AVEC PERSONNES AYANT BEAUCOUP PARTENAIRES ..... F ÉVITER RAP. SEX. HOMOSEXUELS ..... G ÉVITER RAP. SEX. AVEC PERSONNES QUI SE FONT DES INJECTIONS INTRAVEINEUSES DE DROGUES ..... H ÉVITER TRANSFUSIONS SANG ..... I ÉVITER INJECTIONS ..... J ÉVITER PARTAGER RASOIRS/LAMES ..... K ÉVITER D'EMBRASSER ..... L ÉVITER PIQÛRES MOUSTIQUES ..... M CHERCHER PROTECTION DES GUÉRISSEURS TRADITIONNELS ..... N AUTRE ______ W (PRÉCISER) AUTRE ______ X (PRÉCISER) NE SAIT PAS ..... Z	
804	Est-ce qu'on peut réduire ses risques d'avoir le virus du SIDA en ayant seulement un partenaire sexuel qui n'a aucun autre partenaire?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS 8	
805	Est-ce qu'on peut contracter le virus du SIDA en se faisant piquer par des moustiques?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS 8	
806	Est-ce qu'on peut réduire ses risques d'avoir le virus du SIDA en utilisant un condom chaque fois qu'on a des rapports sexuels?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS 8	
807	Est-ce qu'on peut contracter le virus du SIDA en partageant la nourriture de quelqu'un atteint du SIDA?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS 8	
808	Est-ce qu'on peut se protéger du virus du SIDA en s'abstenant complètement de rapports sexuels ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS 8	
809	Est-il possible qu'une personne apparemment en bonne santé ait en fait le virus du SIDA?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS 8	
810	Connaissez-vous personnellement quelqu'un qui a le virus (ou encore malade) du SIDA ou quelqu'un qui est décédé du SIDA?	OUI ..... 1 NON 2	
811	Est-ce que le virus qui cause le SIDA peut être transmis de la mère à l'enfant?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS 8	 ┐ ┴► 813B

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
812	Quand le virus qui cause le SIDA peut-il être transmis par la mère à l'enfant? Peut-il être transmis: Durant la grossesse? Durant l'accouchement? Durant l'allaitement?	OUI NON NSP DURANT GROSSESSE .... 1 2 8 DURANT ACCOUCHEM. ...... 1 2 8 DURANT ALLAITEMENT 1 2 8	
813B	Selon vous, courez-vous des risques importants, des risques moyens, des risques faibles ou pas de risques du tout de contracter le virus qui cause le SIDA?	IMPORTANTS ..... 1 MOYENS ..... 2 FAIBLES ..... 3 PAS DE RISQUESDU TOUT ..... 4 A LE SIDA ..... 5 NE SAIT PAS 8	1, 2 → 813D 5 → 817 8 → 813
813C	VÉRIFIER 813B: RISQUES FAIBLES ☐ Pourquoi pensez-vous que vos risques de contracter le virus qui cause le SIDA sont faibles? PAS DE RISQUE DU TOUT ☐ Pourquoi pensez-vous que vous ne courez aucun risque de contracter le virus qui cause le SIDA? Y a-t-il d'autres raisons? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	S'ABSTIENT DE RAPPORTS SEX. ..... A UTILISE CONDOMS ..... B LIMITE RAPPORTS SEX. À UN PARTENAIRE/FIDÉLE PARTEN. ..... C LIMITE LE NOMBRE DE PARTE-NAIRES SEXUELS ..... D PARTENAIRE EST FIDÈLE ..... E ÉVITE RAP. SEX. AVEC PERSONNES AYANT BEAUCOUP PARTENAIRES . G ÉVITE RAP. AVEC HOMOSEXUELS ..... H ÉVITE RAP. SEX. AVEC PERSONNES QUI ONT INJECTIONS DROGUES ..... I ÉVITE TRANSFUSIONS SANG ..... J ÉVITE INJECTIONS ..... K ÉVITE D'EMBRASSER ..... L ÉVITE PIQÛRES MOUSTIQUES ..... M ÉVITE PARTAGER RASOIRS/LAMES ..... N AUTRE ____________ W (PRÉCISER) AUTRE ____________ X (PRÉCISER) NE SAIT PAS ..... Z	→ 813
813D	VÉRIFIER 813B: RISQUES MOYENS ☐ Pourquoi pensez-vous que vous courez des risques moyens de contracter le virus qui cause le SIDA? RISQUES IMPORTANTS ☐ Pourquoi pensez-vous que vous courez des risques importants de contracter le virus qui cause le SIDA? Y a-t-il d'autres raisons? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	N'UTILISE PAS CONDOMS ..... B NE LIMITE PASRAPPORTS SEX. À UN PARTENAIRE/NE RESTE PAS FIDÉLE À 1 SEUL PARTENAIRE ..... C A DE NOMBREUX PARTENAIRES SEXUELS ..... D PARTENAIRE EST INFIDÈLE ..... E SE PROSTITUE ..... F A RAP. SEX. AVEC PERSONNES AYANT BEAUCOUP PARTENAIRES . G A RAP. AVEC HOMOSEXUELS ..... H A RAP. SEX. AVEC PERSONNES QUI ONT INJECTIONS DE DROGUES ..... I A DES TRANSFUSIONS SANG ..... J A DES INJECTIONS ..... K EMBRASSE ..... L SE FAIT PIQUER PAR MOUSTIQUES .... M PARTAGE RASOIRS/LAMES ..... N AUTRE ____________ W (PRÉCISER) AUTRE ____________ X (PRÉCISER) NE SAIT PAS ..... Z	

Nº.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
813	VÉRIFIER 501: OUI, ACTUELLEMENT MARIÉE/ VIT AVEC UN HOMME ▼ NON, PAS EN UNION NE VIT PAS AVEC UN HOMME		─► 815A
814	Avez-vous déjà parlé des moyens d'éviter de contracter le virus du SIDA avec (votre mari /la personne avec qui vous vivez) ?	OUI .... 1 NON.......... 2	
815A	À votre avis, est-il admissible ou inadmissible de parler du SIDA: a) À n'importe laquelle radio? b) Radio show "PROTECTOR TIMES"? c) À la télévision? d) Dans des journaux ou magazines? e) Sur des affiches? f) Par les pairs éducateurs? g) Au cours des animations? h) À Cinémobile? i) Au film "BAKAPILESY"?	ADMISSIBLE / PAS ADMISSIBLE RADIO .... 1 2 SHOW PROTECTOR TIMES.......... 1 2 TÉLÉVISION .... 1 2 JOURNAUX OU MAGAZINES .... 1 2 AFFICHES.......... 1 2 PAIRS ÉDUCATEURS.......... 1 2 ANIMATIONS .... 1 2 CINÉMOBILE .... 1 2 FILM BAKAPILESY 1 2	
815	Si une personne de votre famille devient infectée par le virus qui cause le SIDA, voudriez-vous que son état soit gardé secret ou non?	OUI, ÉTAT GARDÉ SECRET.......... 1 NON.......... 2 NSP/PAS SÛRE.......... 8	
816	Si quelqu'un de votre famille contractait le virus qui cause le SIDA, seriez-vous prête à prendre soin de lui ou d'elle dans votre propre ménage?	OUI .... 1 NON.......... 2 NSP/PAS SÛRE /CELA DÉPEND.......... 8	
816A	Est-ce que les personnes atteintes du SIDA et qui travaillent avec d'autres personnes dans des boutiques, des bureaux, ou dans des fermes, devraient être autorisées ou non à continuer leur travail ?	PEUT CONTINUER À TRAVAILLER .... 1 PAS CONTINUER À TRAVAILLER.......... 2 NSP/PAS SÛRE/CELA DÉPEND.......... 8	
816B	Est-ce qu'on devrait éduquer les enfants âgés de 12 à 14 ans concernant l'utilisation du condom pour éviter de contracter le SIDA?	OUI .... 1 NON.......... 2 NSP/PAS SÛRE/CELA DÉPEND.......... 8	
816C	Avez-vous déjà effectué un test pour savoir si vous aviez le virus du SIDA?	OUI .... 1 NON.......... 2	 ─► 816D
816C1	À quand remonte la dernière fois que vous avez effectué un test pour savoir si vous aviez le virus du SIDA?	MOINS DE 12 MOIS.......... 1 12-23 MOIS .... 2 2 ANS (24 MOIS), OU PLUS.......... 3	
816C2	La dernière fois, vous avez effectué le test, l'avait-il été effectué sur votre propre demande, avait-il été offert à vous et vous l'avez l'accepté, ou il vous a été imposé?	TESTÉ SUR PROPRE DEMANDE .... 1 TEST OFFERT ET IL L'A ACCEPTÉ .... 2 TEST A ÉTÉ IMPOSÉ 3	
816C3	Avez-vous obtenu le résultat du test pour savoir si vous aviez le virus du SIDA, mais je voudrais pas connaître le résultat?	OUI .... 1 NON.......... 2	─► 816FX
816D	Voudriez-vous effectuer un test pour le virus du SIDA?	OUI .... 1 NON.......... 2 NE SAIT PAS /PAS SÛRE 8	
816E	Connaissez-vous un endroit où vous pourriez effectuer un test pour le SIDA?	OUI .... 1 NON.......... 2	 ─► 817

Nº.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
816F 816FX	Où pouvez-vous aller pour ce test? Où êtes vous allée pour ce test? S'IL S'AGIT D'UN HÔPITAL, D'UN CENTRE DE SANTÉ OU D'UNE CLINIQUE, ÉCRIRE LE NOM DE L'ÉTABLISSEMENT. INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ. ______________________ (NOM DE L'ÉTABLISSEMENT) ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	SECTEUR PUBLIC CENTRE HÔSPITALIER II .... A CENTRE HÔSPITALIER I. .... B CENTRE DE SANTÉ DE BASE II C CENTRE DE SANTÉ DE BASE I D AUTRE PUBLIC ______________ E (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ .... F CENTRE DE SANTÉ PRIVÉ .... G PHARMACIE/DÉPÔT DE MÉDICAMENTS .... H MÉDECIN PRIVÉ .... I CENTRE PF/FISA .... J AUTRE PRIVÉ. MEDICAL ______________ K (PRÉCISER) AUTRE SOURCE AGENT VBC .... L BOUTIQUE .... M KIOSQUE .... N GUÉRISSEUR TRADITIONNEL . O AUTRE ______________ X (PRÉCISER)	
817	(Mis à part le SIDA), avez-vous entendu parler d'(autres) infections qui peuvent être transmises par contact sexuel?	OUI .... 1 NON 2	 → 901
818	Chez un homme, quels sont les signes ou symptômes qui vous feront penser qu'il a une infection sexuellement transmissible? Aucun autre? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	DOULEURS ABDOMINALES .... A ÉCOULEMENT/PERTE GÉNITALE/ .... B ÉCOULEMENT MALODORANT .... C DOULEUR BRÛLANTE EN URINANT ...... D ROUGEURS/INFLAMMATION DE LA ZONE GÉNITALE .... E GONFLEMENT DE LA ZONE GÉNITALE F PLAIE/ULCÈRE GÉNITAL .... G VERRUE GÉNITALE .... H DÉMANGEAISONS GÉNITALES .... I SANG DANS LES URINES .... J PERTE DE POIDS .... K IMPUISSANCE .... L AUTRE ______________ W (PRÉCISER) AUTRE ______________ X (PRÉCISER) PAS DE SYMPTÔMES .... Y NE SAIT PAS .... Z	

Nº.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
819	Chez une femme, quels sont les signes et symptômes qui vous feront penser qu'elle a une infection sexuellement transmissible? Aucun autre? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	DOULEURS ABDOMINALES .... A ÉCOULEMENT/PERTES VAGINALES ..... B PERTES MALODORANTES .... C DOULEUR BRÛLANTE EN URINANT ...... D ROUGEURS/INFLAMMATION DE LA ZONE GÉNITALE .... E GONFLEMENT DE LA ZONE GÉNITALE F PLAIE/ULCÈRE GÉNITAL .... G VERRUE GÉNITALE .... H DÉMANGEAISONS GÉNITALES .... I SANG DANS LES URINES .... J PERTE DE POIDS .... K DIFFICILE DE TOMBER ENCEINTE/ AVOIR UN ENFANT .... L AUTRE ______________________ W (PRÉCISER) AUTRE ______________________ X (PRÉCISER) PAS DE SYMPTÔMES .... Y NE SAIT PAS .... Z	Y, Z → 819B
819A	Si vous présentiez certains de ces symptômes, où iriez-vous pour avoir des conseils ou des soins?	SECTEUR PUBLIC CENTRE HÔSPITALIER II .... 11 CENTRE HÔSPITALIER I .... 12 CENTRE DE SANTÉ DE BASE II .... 13 CENTRE DE SANTÉ DE BASE I .... 14 SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ CLINIQUE/HÔPITAL PRIVÉ .... 21 CENTRE DE SANTÉ PRIVÉ .... 22 PHARMACIE/DÉPÔT DE MÉDICAMENTS .... 23 MÉDECIN PRIVÉ .... 24 CENTRE DE PF/FISA .... 25 AUTRE SOURCE AGENT VBC .... 31 BOUTIQUE .... 32 KIOSQUE .... 33 ÉGLISE .... 34 GUÉRISSEUR/TRADI-PRAT. .... 35 PARENTS/AMIS .... 36 AUTRE ______________________ 96 (PRÉCISER)	
819B	VÉRIFIER 514: A EU DES RAPPORTS SEXUELS ☐ ▼ N'A PAS EU DE RAPPORTS SEXUELS ☐		→ 901
819C	Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur votre santé au cours des 12 derniers mois. Au cours des 12 derniers mois, avez vous eu une maladie sexuellement transmissible?	OUI .... 1 NON .... 2 NE SAIT PAS 8	
819D	Parfois, les femmes peuvent avoir des pertes vaginales. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu des pertes vaginales?	OUI .... 1 NON .... 2 NE SAIT PAS 8	
819E	Parfois, les femmes peuvent avoir une plaie ou un ulcère génital? Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu une plaie ou un ulcère génital?	OUI .... 1 NON .... 2 NE SAIT PAS 8	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
819F	VÉRIFIEZ 819C, 819D, 819E: A EU UNE INFECTION ☐ ▼ N'A PAS EU D'INFECTION ☐		→ 901
819G	La dernière fois que vous avez eu (INFECTION DE 819C, 819D, 819E), avez-vous recherché un conseil ou un traitement?	OUI .... 1 NON 2	 → 819I
819H	La dernière fois que vous avez eu (INFECTION DE 819C, 819D, 819E) avez-vous fait l'une des choses suivantes? Avez vous.... Recherché conseil auprès de personnel de la santé dans une clinique ou un hôpital? Recherché conseil ou un traitement auprès d'un guérisseur traditionnel? Recherché conseil ou acheté des médicaments dans une boutique ou dans une pharmacie? Recherché conseil auprès d'amis ou de parents?	OUI NON 1 2 1 2 1 2 1 2	
819I	Quand vous avez eu (INFECTION DE 819C, 819D, 819E), en avez vous informé la/ les personne(s) avec qui vous avez des rapports sexuels?	OUI .... 1 NON .... 2 CERTAINES PERSONNES/ PAS TOUTES 3	
819J	Quand vous avez eu (INFECTION DE 819C, 819D, 819E) avez vous fait quelque chose pour éviter d'infecter votre(vos) partenaire (s) sexuel(s)?	OUI .... 1 NON .... 2 PARTENAIRE DÉJÀ INFECTÉ 3	 ┐ ┘→ 901
819K	Qu'avez-vous fait pour éviter d'infecter votre (vos) partenaire(s)? Avez vous.... Arrêté les rapports sexuels? Utilisé un condom pendant les rapports sexuels? Pris des médicaments?	OUI NON 1 2 1 2 1 2	

SECTION 9. MORTALITÉ MATERNELLE

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
901	Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur vos frères et soeurs, c'est-à-dire sur tous les enfants nés de votre mère naturelle, y compris ceux qui vivent avec vous, ceux qui vivent ailleurs et ceux qui sont décédés. **À combien d'enfants votre propre mère a t-elle donné naissance, y compris vous-même?**	NOMBRE DE NAISSANCES DE LA MÈRE NATURELLE	
902	VÉRIFIER 901: DEUX NAISSANCES OU PLUS ▼ / UNE NAISSANCE SEULEMENT (ENQUÊTÉE SEULE)		——►914
903	Combien de ces naissances votre mère a t-elle eues avant votre propre naissance?	NOMBRE DE NAISSAN-- CES PRÉCÉDENTES	

		[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]
904	Quel nom a été donné à votre frère ou soeur le plus âgé (ou suivant)?						
905	(NOM) est-il de sexe masculin ou féminin?	MASCULIN ...1 FÉMININ 2	MASCULIN ...1 FÉMININ 2	MASCULIN ... 1 FÉMININ 2	MASCULIN ...1 FÉMININ 2	MASCULIN... 1 FÉMININ 2	MASCULIN ... 1 FÉMININ 2
906	Est-ce que (NOM) est toujours en vie?	OUI ....1 NON..............2 └►ALLER 908 NSP ....8 └►ALLER À[2]	OUI...............1 NON ....2 └►ALLER 908 NSP..............8 └►ALLER À[3]	OUI .... 1 NON .... 2 └►ALLER 908 NSP .... 8 └►ALLER À[4]	OUI ....1 NON..............2 └►ALLER 908 NSP ....8 └►ALLER À[5]	OUI .... 1 NON .... 2 └►ALLER 908 NSP .... 8 └►ALLER À[6]	OUI ....1 NON..............2 └►ALLER 908 NSP ....8 └►ALLER À[7]
907	Quel âge a (NOM)?	ALLER À [2]	ALLER À [3]	ALLER À [4]	ALLER À [5]	ALLER À [6]	ALLER À [7]
908	Combien y-a-t-il d'années que (NOM) est décédé(e)?						
909	Quel âge avait (NOM) lorsqu' il/elle est décédé(e)?	SI MASCULIN OU DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS ALLER À [2]	SI MASCULIN OU DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS ALLER À [3]	SI MASCULIN OU DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS ALLER À [4]	SI MASCULIN OU DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS ALLER À [5]	SI MASCULIN OU DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS ALLER À [6]	SI MASCULIN OU DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS ALLER À [7]
910	(NOM) était-elle enceinte quand elle est décédée?	OUI ....1 ALLER 913◄┘ NON..............2	OUI...............1 ALLER 913◄┘ NON 2	OUI .... 1 ALLER 913◄┘ NON 2	OUI ....1 ALLER 913◄┘ NON..............2	OUI .... 1 ALLER 913◄┘ NON 2	OUI ....1 ALLER 913◄┘ NON..............2
911	Est-ce que (NOM) est décédée au cours d'un accou-chement?	OUI ....1 ALLER 913◄┘ NON..............2	OUI...............1 ALLER 913◄┘ NON 2	OUI .... 1 ALLER 913◄┘ NON 2	OUI ....1 ALLER 913◄┘ NON..............2	OUI .... 1 ALLER 913◄┘ NON 2	OUI ....1 ALLER 913◄┘ NON..............2
912	Est-ce que (NOM) est décédée dans les deux mois sui-vant la fin d'une grossesse ou d'un accouchement?	OUI ....1 NON..............2	OUI...............1 NON 2	OUI .... 1 NON 2	OUI ....1 NON..............2	OUI .... 1 NON 2	OUI ....1 NON..............2
913	À combien d'en-fants vivants (NOM) a-t-elle donné naissance au cours de sa vie (avant cette grossesse)?	ALLER À [2]	ALLER À [3]	ALLER À [4]	ALLER À [5]	ALLER À [6]	ALLER À [7]

SI PLUS DE FRÈRES OU SOEURS, ALLER À 914

904	Quel nom a été donné à votre frère ou soeur le plus âgé (celui suivant)?	[7] ________	[8] ________	[9] ________	[10] ________	[11] ________	[12] ________
905	(NOM) est-il de sexe mas-culin ou féminin?	MASCULIN ...1 FÉMININ 2	MASCULIN ...1 FÉMININ 2	MASCULIN ... 1 FÉMININ....... 2	MASCULIN ...1 FÉMININ 2	MASCULIN... 1 FÉMININ 2	MASCULIN ... 1 FÉMININ 2
906	Est-ce que (NOM) est toujours en vie?	OUI ....1 NON.............2 └►ALLER 908 NSP ....8 └►ALLER À[8]	OUI...............1 NON ....2 └►ALLER 908 NSP..............8 └►ALLER À[9]	OUI .... 1 NON .... 2 └►ALLER 908 NSP .... 8 └►ALLERÀ[10]	OUI ....1 NON.............2 └►ALLER 908 NSP ....8 └►ALLERÀ[11]	OUI .... 1 NON .... 2 └►ALLER 908 NSP............. 8 └►ALLERÀ[12]	OUI ....1 NON.............2 └►ALLER 908 NSP ....8 └►ALLERÀ[13]
907	Quel âge a (NOM)?	ALLER À [8]	ALLER À [9]	ALLER À [10]	ALLER À [11]	ALLER À [12]	ALLER À [13]
908	Combien y-a-t-il d'années que (NOM) est décédé?						
909	Quel âge avait (NOM) quand il/elle est décédé(e)?	SI MASCULIN OU DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS ALLER À [8]	SI MASCULIN OU DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS ALLER À [9]	SI MASCULIN OU DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS ALLER À [10]	SI MASCULIN OU DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS ALLER À [11]	SI MASCULIN OU DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS ALLER À [12]	SI MASCULIN OU DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS ALLER À [13]
910	(NOM) était- elle enceinte quand elle est décédée?	OUI ....1 ALLER 913◄┘ NON.............2	OUI...............1 ALLER 913◄┘ NON 2	OUI .... 1 ALLER 913◄┘ NON 2	OUI ....1 ALLER 913◄┘ NON.............2	OUI .... 1 ALLER 913◄┘ NON 2	OUI ....1 ALLER 913◄┘ NON.............2
911	Est-ce que (NOM) est décédée au cours d'un ac-couchement?	OUI ....1 ALLER 913◄┘ NON.............2	OUI...............1 ALLER 913◄┘ NON 2	OUI .... 1 ALLER 913◄┘ NON 2	OUI ....1 ALLER 913◄┘ NON.............2	OUI .... 1 ALLER 913◄┘ NON 2	OUI ....1 ALLER 913◄┘ NON.............2
912	Est-ce que (NOM) est décédée dans les deux mois suivant la fin d'une gros-sesse ou un accou-chement?	OUI ....1 NON.............2	OUI...............1 NON 2	OUI .... 1 NON 2	OUI ....1 NON.............2	OUI .... 1 NON 2	OUI ....1 NON.............2
913	À combien d'enfants vivants (NOM) a-t-elle donné naissance au cours de sa vie (avant cette grossesse)?	ALLER À [8]	ALLER À [9]	ALLER À [10]	ALLER À [11]	ALLER À [12]	ALLER À [13]

SI PLUS DE FRÈRES OU SOEURS, ALLER À 914

914	ENEREGISTER L'HEURE.	HEURE .... MINUTES...

INSTRUCTIONS :
UN SEUL CODE DOIT FIGURER PAR CASE.

NAISSANCES ET GROSSESSES
N NAISSANCE
G GROSSESSE
F FIN DE GROSSESSE

FIN DE LA DERNIÈRE GROSSESSE QUI NE S'EST PAS TERMINÉE PAR UNE NAISSANCE VIVANTE AVANT JANVIER 1998*

S'IL N'Y A PAS EU DE GROSSESSE PRÉCÉDENTE DE CE GENRE, ENREGISTRER '00' POUR LE MOIS ET '0000' POUR L'ANNÉE

MOIS

ANNÉE

2			
0	04 AVRIL	01	
0	03 MARS	02	
4	02 FÉVRIER	03	
	01 JANVIER	04	
	12 DÉCEMBRE	05	
	11 NOVEMBRE	06	
	10 OCTOBRE	07	
	09 SEPTEMBRE	08	
2	08 AOUT	09	
0	07 JUILLET	10	
0	06 JUIN	11	
3	05 MAI	12	
	04 AVRIL	13	
	03 MARS	14	
	02 FÉVRIER	15	
	01 JANVIER	16	
	12 DÉCEMBRE	17	
	11 NOVEMBRE	18	
	10 OCTOBRE	19	
	09 SEPTEMBRE	20	
2	08 AOUT	21	
0	07 JUILLET	22	
0	06 JUIN	23	
2	05 MAI	24	
	04 AVRIL	25	
	03 MARS	26	
	02 FÉVRIER	27	
	01 JANVIER	28	
	12 DÉCEMBRE	29	
	11 NOVEMBRE	30	
	10 OCTOBRE	31	
	09 SEPTEMBRE	32	
2	08 AOUT	33	
0	07 JUILLET	34	
0	06 JUIN	35	
1	05 MAI	36	
	04 AVRIL	37	
	03 MARS	38	
	02 FÉVRIER	39	
	01 JANVIER	40	
	12 DÉCEMBRE	41	
	11 NOVEMBRE	42	
	10 OCTOBRE	43	
	09 SEPTEMBRE	44	
2	08 AOUT	45	
0	07 JUILLET	46	
0	06 JUIN	47	
0	05 MAI	48	
	04 AVRIL	49	
	03 MARS	50	
	02 FÉVRIER	51	
	01 JANVIER	52	
	12 DÉCEMBRE	53	
	11 NOVEMBRE	54	
	10 OCTOBRE	55	
	09 SEPTEMBRE	56	
1	08 AOUT	57	
9	07 JUILLET	58	
9	06 JUIN	59	
9	05 MAI	60	
	04 AVRIL	61	
	03 MARS	62	
	02 FÉVRIER	63	
	01 JANVIER	64	
	12 DÉCEMBRE	65	
	11 NOVEMBRE	66	
	10 OCTOBRE	67	
	09 SEPTEMBRE	68	
1	08 AOUT	69	
9	07 JUILLET	70	
9	06 JUIN	71	
8	05 MAI	72	
	04 AVRIL	73	
	03 MARS	74	
	02 FÉVRIER	75	
	01 JANVIER	76	

OBSERVATIONS DE L'ENQUÊTRICE

À REMPLIR APRÈS AVOIR TERMINÉ L'INTERVIEW

COMMENTAIRES SUR L'ENQUÊTÉE :

____

____

____

____

____

COMMENTAIRES SUR DES QUESTIONS PARTICULIÈRES :

____

____

____

____

____

AUTRES COMMENTAIRES :

____

____

____

____

OBSERVATIONS DU CHEF D'ÉQUIPE

____

____

____

____

____

NOM DU CHEF D'ÉQUIPE :________________________ DATE: ________________________

OBSERVATIONS DE LA CONTRÔLEUSE

____

____

____

____

NOM DE LA CONTRÔLEUSE:________________________ DATE: ________________________

ENQUÊTE DÉMOGRAPHIQUE ET DE SANTÉ-2003
QUESTIONNAIRE INDIVIDUEL HOMME

REPUBLIQUE DE MADAGASCAR
INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE

DIRECTION DE LA DÉMOGRAPHIE ET DES STATISTIQUES SOCIALES

IDENTIFICATION	
NOM DE LA LOCALITÉ ____________	
NOM DU CHEF DE MÉNAGE ____________	
NUMERO GRAPPE........................	GRAPPE ☐☐☐
NUMÉRO DU MÉNAGE........................	MÉNAGE ☐☐☐
PROVINCE (FARITANY)........................	FARITANY ☐
COMMUNE........................	COMMUNE ☐☐☐
URBAIN/RURAL (URBAIN=1, RURAL=2)	URBAIN/RURAL ☐
RESIDENCE : GRANDE VILLE/ AUTRE - VILLE/ RURAL........................ (CAPITALE = 1, Autre - Ville =2, Rural =3)	RÉSIDENCE ☐
NOM ET NUMERO DE LIGNE DE L'HOMME........................	☐☐

VISITES DE L'ENQUÊTEUR				
	1	2	3	VISITE FINALE
DATE	________	________	________	JOUR ☐☐ MOIS ☐☐ ANNÉE 2 0 0 3
NOM DE L'ENQUÊTEUR	________	________	________	NOM ☐☐
RÉSULTAT*	________	________	________	RÉSULTAT ☐
PROCHAINE VISITE :DATE	________	________		NBRE.TOTAL DE VISITES ☐
HEURE	________	________		

*CODES RÉSULTAT:

1 REMPLI
2 PAS À LA MAISON
3 DIFFÉRÉ
4 REFUSÉ
5 REMPLI PARTIELLEMENT
6 INCAPACITÉ
7 AUTRE ____________ (PRÉCISER)

CHEF D'ÉQUIPE	CONTRÔLEUSE	CONTRÔLE BUREAU	SAISI PAR
NOM ________ DATE ________ ☐☐	NOM ________ DATE ________ ☐☐	☐☐	☐☐

SECTION 1. CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES DES ENQUÊTÉS

INTRODUCTION ET CONSENTEMENT

CONSENTEMENT APRÈS INFORMATIONS

Bonjour. Mon nom est ______________________ et je travaille pour la Direction de la Démographie et des Statistiques Sociales (DDSS). Nous sommes en train d'effectuer une enquête nationale sur la santé des hommes, des femmes et des enfants. Nous souhaiterions que vous participiez à cette enquête. J'aimerais vous poser des questions sur votre santé et sur votre famille Ces informations seront utiles au gouvernement pour mettre en place des services de santé. L'entretien prend entre 30 et 45 minutes. Les informations que vous nous fournirez resteront strictement confidentielles et ne seront transmises à personne.

La participation à cette enquête est volontaire et vous pouvez refuser de répondre à des questions particulières ou à toutes les questions. Nous espérons cependant que vous accepterez de participer à cette enquête car votre opinion est importante pour nous.
Avez-vous des questions sur l'enquête?
Puis-je commencer l'entretien maintenant?

Signature de l'enquêteur: ______________________ Date: ____________

L'ENQUÊTÉ ACCEPTE DE RÉPONDRE..................... 1 ▼ L'ENQUÊTÉ REFUSE DE RÉPONDRE AUX QUESTIONS ...... 2 → FIN

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
101	ENREGISTRER L'HEURE.	HEURE.. [ ][ ] MINUTES.................................... [ ][ ]	
102	Pour commencer, je voudrais vous poser des questions sur vous-même et sur votre ménage. Jusqu'à l'âge de 12 ans, avez-vous vécu la plupart du temps dans la CAPITALE ANTANANARIVO, dans une autre ville ou en milieu rural?	CAPITALE.. 1 AUTRES VILLES .... 2 RURAL... 3	
103	Depuis combien de temps habitez-vous (de façon continue) à (NOM DU LIEU ACTUEL DE RÉSIDENCE)? SI MOINS D'UNE ANNÉE, INSCRIRE '00' ANNÉE.	ANNÉES .... [ ][ ] TOUJOURS .... 95 VISITEUR... 96	→105
104	Juste avant de vous installer ici, viviez-vous dans la CAPITALE ANTANANARIVO dans une autre ville ou en milieu rural?	CAPITALE.. 1 AUTRES VILLES .... 2 RURAL... 3	
105	Au cours des 12 derniers mois, combien de fois vous est-il arrivé de voyager et de dormir en dehors de votre communauté?	NOMBRE DE VOYAGES............. [ ][ ] N'A PAS VOYAGÉ................................. 00	→107
106	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été éloigné de votre communauté pour plus d'un mois à la fois?	OUI... 1 NON 2	
107	En quel mois et en quelle année êtes-vous née?	MOIS... [ ][ ] NSP MOIS.. 98 ANNÉE........................... [ ][ ][ ][ ] NSP ANNÉE 9998	
108	Quel âge aviez-vous à votre dernier anniversaire? COMPARER ET CORRIGER 107 ET/OU 108 SI INCOHÉRENTS.	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES ... [ ][ ]	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
109	Avez-vous fréquenté l'école?	OUI ... 1 NON ... 2	 →113
110	Quel est le plus haut niveau d'études que vous avez atteint : primaire, secondaire 1, secondaire 2 ou supérieur?	PRIMAIRE ... 1 SECONDAIRE I ... 2 SECONDAIRE II ... 3 SUPÉRIEUR ... 4	
111	Quelle est la dernière classe que vous avez achevée avec succès à ce niveau? INSCRIRE « 0 » POUR MOINS D'UN AN ACHEVÉ ET « 8 » POUR NE SAIT PAS.	CLASSE ... [ ]	
111A	VÉRIFIER 108: SI AGE DE 24 ANS OU MOINS [ ] ▼ SI AGE DE 25 ANS OU PLUS [ ]		→112
111B	Est-ce que vous allez actuellement à l'école ?	OUI ... 1 NON ... 2	→112
111C	Quelle la principale raison pour laquelle vous avez arrêté d'aller à l'école ?	POUR GARDER ENFANTS + JEUNES . 03 FAMILLE AVAIT BESOIN D'AIDE AU CHAMP/TRAVAIL ... 04 NE POUVAIT PAS PAYER LES FRAIS . 05 DEVAIT GAGNER DE L'ARGENT ... 06 SUFFISAMMENT SCOLARISÉ ... 07 ÉCHEC À L'ÉCOLE ... 08 N'AIMAIT PLUS L'ÉCOLE ... 09 ÉCOLE INACCESSIBLE/TROP LOIN ... 10 AUTRE ___ .. 96 (PRÉCISER) NE SAIT PAS ... 98	
112	VÉRIFIER 110: PRIMAIRE [ ] ▼ SECONDAIRE OU PLUS [ ]		→116
113	Maintenant, je voudrais que vous me lisiez cette phrase à voix haute; lisez-en le plus que vous pouvez. MONTRER VOTRE CARTE À L'ENQUÊTÉ[1] SI L'ENQUÊTÉ NE PEUT PAS LIRE UNE PHRASE ENTIÈRE, INSISTER: Pouvez-vous me lire certaines parties de la phrase?	NE PEUT PAS LIRE DU TOUT ... 1 PEUT LIRE CERTAINES PARTIES ... 2 PEUT LIRE TOUTE LA PHRASE ... 3 PAS DE CARTE DANS LANGUE QUI CONVIENT ___ 4 (PRÉCISER LANGUE)	
114	Avez-vous déjà participé à un programme d'alphabétisation ou à un autre programme qui comprenait l'apprentissage de la lecture et de l'écriture (non compris l'école primaire)?	OUI ... 1 NON ... 2	
115	VÉRIFIER 113: CODE '2', '3' OU '4' ENCERCLÉ [ ] ▼ CODE '1' ENCERCLÉ [ ]		→117
116	Lisez-vous un journal ou un magazine pratiquement chaque jour, au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout?	PRATIQUEMENT CHAQUE JOUR ... 1 AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE ... 2 MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE ... 3 PAS DU TOUT ... 4	

Nº.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
117	Écoutez-vous la radio pratiquement chaque jour, au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout?	PRATIQUEMENT CHAQUE JOUR .... 1 AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE..... 2 MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE .... 3 PAS DU TOUT 4	
118	Regardez-vous la télévision pratiquement chaque jour, au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout?	PRATIQUEMENT CHAQUE JOUR .... 1 AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE..... 2 MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE .... 3 PAS DU TOUT 4	
119	Avez-vous actuellement un travail, quel qu'il soit, pour lequel vous gagnez de l'argent?	OUI .... 1 NON 2	1 → 122
120	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu un travail, quel qu'il soit, pour lequel vous avez gagné de l'argent?	OUI .... 1 NON 2	1 → 122
121	Qu 'avez-vous fait la plupart du temps au cours des 12 derniers mois?	ALLÉ À L'ÉCOLE .... 1 CHERCHÉ DU TRAVAIL .... 2 INACTIF .... 3 POUVAIS PAS TRAVAILLER/HANDICAP 4 TRAVAIL DOMESTIQUE/SOINS DES ENFANTS .... 5 AUTRE ______________________ 6 (PRÉCISER)	1-6 → 129
122	Quelle est votre occupation, c'est-à-dire, quel genre de travail faites-vous principalement?	OCCUPATION………………. [ ][ ] ________________________ ________________________	
123	VÉRIFIER 122: TRAVAILLE DANS AGRICULTURE [ ] ▼ NE TRAVAILLE PAS DANS AGRICULTURE [ ]		NE TRAVAILLE PAS DANS AGRICULTURE → 125
124	Travaillez-vous principalement sur votre propre terre, ou sur la terre de votre famille, ou travaillez-vous sur une terre que vous louez, ou travaillez vous sur la terre de quelqu'un d'autre?	PROPRE TERRE.................................... 1 TERRE DE LA FAMILLE .... 2 TERRE LOUÉE....................................... 3 TERRE DE QUELQU'UN D'AUTRE .... 4 TERRE DE MOITIE 5	
125	Faites-vous ce travail pour un membre de votre famille, pour quelqu'un d'autre, ou êtes-vous à votre compte?	POUR UN MEMBRE DE LA FAMILLE ..... 1 POUR QUELQU'UN D'AUTRE .... 2 À SON COMPTE 3	
126	Au cours des 12 derniers mois, combien de mois avez-vous travaillé?	NOMBRE DE MOIS .... [ ][ ]	
127	Pour ce travail, gagnez-vous de l'argent uniquement, gagnez-vous de l'argent et en nature, gagnez-vous en nature seulement ou vous ne gagnez rien du tout?	ARGENT SEULEMENT .... 1 ARGENT ET NATURE............................. 2 EN NATURE SEULEMENT .... 3 PAS PAYÉ 4	3-4 → 130
128	Qui décide principalement comment l'argent que vous gagnez va être utilisé?	ENQUÊTÉ LUI-MÊME .... 1 ÉPOUSE/PARTENAIRE .... 2 ENQUÊTÉ ET ÉPOUSE/PARTENAIRE ENSEMBLE.. 3 QUELQU'UN D'AUTRE............................ 4 ENQUÊTÉ ET QUELQU'UN D'AUTRE ENSEMBLE.. 5	

Nº.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
129	En moyenne, quelle part des dépenses de votre ménage est payée par ce que vous gagnez : rien, presque rien, une partie, la totalité ou presque la totalité?	PRESQUE RIEN .... 1 MOINS DE LA MOITIÉ .... 2 MOITIÉ .... 3 PLUS DE LA MOITIÉ .... 4 TOTALITÉ/PRESQUE TOTALIT .... 5 RIEN/ SON REVENU EST ÉPARGNÉ 6	
130	Quel est votre religion?	CATHOLIQUE .... 01 PROTESTANTE/FLM .... 02 MUSULMANE .... 03 TRADITIONNELLE/ANIMISTE .... 04 SANS RELIGION/AUCUNE .... 05 SECTE .... 06 AUTRE ______________ 96 (PRÉCISER)	
131A	Dans votre famille, qui a généralement le dernier mot dans les décisions suivantes:	ENQUÊTÉ LUI-MÊME = 1 EPOUSE/PARTENAIRE = 2 ENQUÊTÉ ET EPOUSE/PARTENAIRE, ENSEMBLE = 3 QUELQU'UN D'AUTRE = 4 ENQUÊTÉ ET QUELQU'UN D'AUTRE, ENSEMBLE = 5 DÉCISION PAS PRISE/PAS APPLICABLE = 6	
	Vos propres soins de santé?	SOINS 1 2 3 4 5 6	
	Les achats de choses importantes pour le ménage?	CHO. IMP. 1 2 3 4 5 6	
	Les achats pour les besoins quotidiens du ménage?	QUOTID. 1 2 3 4 5 6	
	Les visites à la famille, aux amis ou parents?	VISITES 1 2 3 4 5 6	
	Quelle nourriture sera préparée chaque jour?	NOURRIT. 1 2 3 4 5 6	
131B	Parfois un mari est contrarié ou en colère à cause de certaines choses que fait sa femme. À votre avis, est-il normal qu'un mari frappe ou batte sa femme dans les situations suivantes:	OUI NON NSP	
	Si elle sort sans le lui dire?	SORTIR 1 2 8	
	Si elle néglige les enfants?	NÉGL. ENFANTS... 1 2 8	
	Si elle discute ses opinions?	DISCUTER 1 2 8	
	Si elle refuse d'avoir des rapports sexuels avec lui?	REFUSE SEXE 1 2 8	
	Si elle brûle la nourriture?	BRÛLER NOUR. 1 2 8	
131C	Avez-vous déjà bu des boissons alcoolisées?	OUI .... 1 NON 2	 –► 201
131D	Vous est-il déjà arrivé d'être ivre après avoir bu des boissons alcoolisées?	OUI .... 1 NON 2	
131E	Au cours des 3 derniers mois, combien de jours avez-vous bu des boissons alcoolisées?	NOMBRE DE JOURS .... [ ][ ] AUCUNE/JAMAIS 95	 –► 201
131F	VÉRIFIER 131D: OUI, A DÉJÀ ÉTÉ IVRE [ ] ▼	NON, N'A JAMAIS ÉTÉ IVRE [ ]	–► 201
131G	Au cours des 3 derniers mois, combien de fois vous est il arrivé d'être ivre?	NOMBRE DE FOIS .... [ ][ ] AUCUNE/JAMAIS 95	

CODES Q.111

	Q.110 : NIVEAU D'EDUCATION					
	NIVEAU	PRIMAIRE = 1	SEC. 1 = 2	SEC. 2 = 3	SUPERIEUR = 4	
	CLASSE	0 = MOINS D'UNE ANNÉE ACHEVÉE				
		T1 = 1 T2 = 2 T3 = 3 T4 = 4 T5 = 5 NSP = 8	T6 =6 ème = 1 T7 =5 ème = 2 T8 =4 ème = 3 T9 =3 ème = 4 NSP = 8	T10 =2nd = 1 T11 =1ère = 2 T12 =Terminale = 3 NSP = 8	1 ère année = 1 2 ème année = 2 3 ème année = 3 4 ème année = 4 5 ème année ou + = 5 NSP = 8	

SECTION 2: REPRODUCTION

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
201	Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur vos enfants. Je m'intéresse seulement aux enfants dont vous êtes le père biologique. Avez-vous ou avez-vous eu des enfants?	OUI ....1 NON....2	 → 206
202	Avez-vous des fils ou filles dont vous êtes le père et qui vivent actuellement avec vous?	OUI ....1 NON....2	 → 204
203	Combien de fils vivent avec vous? Combien de filles vivent avec vous? SI AUCUN, ENREGISTRER '00'.	FILS À LA MAISON .... ☐☐ FILLES À LA MAISON.... ☐☐	
204	Avez-vous des fils ou filles dont vous êtes le père, qui sont toujours en vie mais qui ne vivent pas avec vous?	OUI ....1 NON....2	 → 206
205	Combien de fils sont en vie mais ne vivent pas avec vous? Combien de filles sont en vie mais ne vivent pas avec vous? SI AUCUN, ENREGISTRER '00'.	FILS AILLEURS.... ☐☐ FILLES AILLEURS .... ☐☐	
206	Avez-vous eu un fils ou une fille qui est né vivant mais qui est décédé par la suite? SI NON, INSISTER : Aucun enfant qui a crié ou a montré un signe de vie mais qui n'a survécu que quelques heures ou quelques jours?	OUI ....1 NON....2 NE SAIT PAS 8	 NON, NE SAIT PAS → 208
207	Combien de garçons sont décédés? Combien de filles sont décédées? SI AUCUN, ENREGISTRER '00'.	GARÇONS DÉCÉDÉS .... ☐☐ FILLES DÉCÉDÉES.... ☐☐ NE SAIT PAS 98	
208	FAITES LA SOMME DE Q. 203, 205, ET 207, ET NOTER LE TOTAL. SI AUCUN, ENREGISTRER '00'.	TOTAL .... ☐☐	
209	VÉRIFIER 208: Je voudrais être sûr d'avoir bien compris : au cours de votre vie, vous avez eu, au TOTAL _____ , enfants dont vous êtes le père. Est-ce bien exact? OUI ☐ ▼ NON ☐ → INSISTER ET CORRIGER 201-208 COMME IL SE DOIT.		
210	VÉRIFIER 208 : A EU PLUS D'UN ENFANT ☐ ▼ N'A EU QU'UN SEUL ENFANT ☐ ▼ 213 N'A EU AUCUN ENFANT ☐		→ 214
210A	En quelle année est né votre dernier enfant ?	ANNÉE.... ☐☐☐☐	
210B	Au moment où vous attendiez votre dernier enfant, vouliez-vous cet enfant à ce moment-là, vouliez-vous attendre plus tard, ou vouliez-vous ne pas avoir d'(autre) enfant du tout ?	À CE MOMENT-LÀ....1 PLUS TARD ....2 NE VOULAIT PAS DU TOUT 3	
211	Est-ce que les enfants dont vous êtes le père ont tous la même mère biologique?	OUI ....1 NON....2	 → 213

Nº.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
212	En tout, avec combien de femmes avez-vous eu des enfants	NOMBRE DE FEMMES .... [ ][ ]	
213	En quel mois et quelle année est né votre premier enfant?	MOIS .... [ ][ ] NSP MOIS .... 98 ANNÉE .... [ ][ ][ ][ ] NSP ANNÉE....................................... 9998	
214	Maintenant je voudrais vous poser des questions sur les risques de grossesse. Entre la période des règles et les règles suivantes, y-a-t-il un moment où une femme a plus de chances de tomber enceinte que d'autres si elle a des rapports sexuels?	OUI .... 1 NON... 2 NE SAIT PAS 8	 2, 8 ▶ 301
215	Est-ce que ce moment se situe juste avant que les règles ne commencent, pendant la période des règles, juste après que les règles finissent ou au milieu, entre deux périodes de règles?	JUSTE AVANT DÉBUT DES RÈGLES..... 1 PENDANT LES RÈGLES.......................... 2 JUSTE APRÈS LA FIN DES RÈGLES...... 3 AU MILIEU ENTRE 2 PÉRIODES DE RÈGLES.................................. 4 AUTRE ________________________ 6 (PRÉCISER) NE SAIT PAS 8	

SECTION 3. CONTRACEPTION

Maintenant je voudrais vous poser des questions sur la planification familiale – les différents moyens ou méthodes qu'un couple peut utiliser pour retarder ou éviter une grossesse.
ENCERCLER CODE 1 À 301 POUR CHAQUE MÉTHODE CITÉE DE FAÇON SPONTANÉ. PUIS CONTINUER A LA COLONNE 301 EN DESCENDANT, EN LISANT LE NOM ET LA DESCRIPTION DE CHAQUE MÉTHODE NON CITÉE SPONTANÉMENT. ENCERCLER LE CODE 2 SI LA MÉTHODE EST RECONNUE ET LE CODE 3 SI ELLE N'EST PAS RECONNUE. PUIS, POUR CHAQUE MÉTHODE AVEC CODE 1 OU 2 ENCERCLÉ À 301, POSER 302.

301	De quels moyens ou méthodes avez-vous entendu parler? POUR LES MÉTHODES NON CITÉES SPONTANÉMENT, DEMANDER : Avez-vous déjà entendu parler de (MÉTHODE)?		302 Avez-vous déjà utilisé (MÉTHODE)?
01	STÉRILISATION FÉMININE Les femmes peuvent subir une petite opération pour éviter d'avoir d'autres enfants.	OUI SPONTANÉ .... 1 OUI DESCRIPTION .... 2 NON .... 3 ▼	Avez-vous eu une opération pour éviter d'avoir d'autres enfants? OUI .... 1 NON 2
02	STÉRILISATION MASCULINE Les hommes peuvent subir une opération pour éviter d'avoir d'autres enfants.	OUI SPONTANÉ .... 1 OUI DESCRIPTION .... 2 NON .... 3 ▼	Avez-vous eu un partenaire qui avait eu une opération pour éviter d'avoir d'autres enfants? OUI .... 1 NON 2
03	PILULE Les femmes peuvent prendre une pilule chaque jour	OUI SPONTANÉ .... 1 OUI DESCRIPTION .... 2 NON .... 3 ▼	OUI .... 1 NON 2
04	DIU Les femmes peuvent avoir un stérilet que le médecin ou l'infirmière leur place dans l'utérus qui les empêche de tomber enceinte pendant une année ou plus.	OUI SPONTANÉ .... 1 OUI DESCRIPTION .... 2 NON .... 3 ▼	OUI .... 1 NON 2
05	INJECTIONS Les femmes peuvent avoir une injection faite par du personnel de santé pour éviter de tomber enceinte pendant un mois ou plus.	OUI SPONTANÉ .... 1 OUI DESCRIPTION .... 2 NON .... 3 ▼	OUI .... 1 NON 2
06	IMPLANTS Les femmes peuvent se faire insérer sous la peau de la face interne du bras plusieurs petits bâtonnets qui les empêchent de tomber enceinte pendant une année ou plus.	OUI SPONTANÉ .... 1 OUI DESCRIPTION .... 2 NON .... 3 ▼	OUI .... 1 NON 2
07	CONDOM Les hommes peuvent se mettre une capote en caoutchouc ou en latex au pénis pendant les rapports sexuels.	OUI SPONTANÉ .... 1 OUI DESCRIPTION .... 2 NON .... 3 ▼	OUI .... 1 NON 2
08	CONDOM FÉMININ Les femmes peuvent se placer un étui en latex dans leur vagin avant les rapports sexuels.	OUI SPONTANÉ .... 1 OUI DESCRIPTION .... 2 NON .... 3 ▼	OUI .... 1 NON 2
09	DIAPHRAGME Les femmes peuvent se placer un diaphragme dans leur vagin avant les rapports sexuels.	OUI SPONTANÉ .... 1 OUI DESCRIPTION .... 2 NON .... 3 ▼	OUI .... 1 NON 2
10	MOUSSE OU GELÉE Les femmes peuvent s'insérer un suppositoire, se mettre de la gelée ou de la crème dans leur vagin avant les rapports sexuels.	OUI SPONTANÉ .... 1 OUI DESCRIPTION .... 2 NON .... 3 ▼	OUI .... 1 NON 2
11	MÉTHODE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL ET DE L'AMÉNORRHÉE (MAMA) Jusqu'à 6 mois après une naissance, une femme peut utiliser une méthode qui nécessite d'allaiter souvent, jour et nuit, et que ses règles ne soient pas revenues.	OUI SPONTANÉ .... 1 OUI DESCRIPTION .... 2 NON .... 3 ▼	OUI .... 1 NON 2
12	RHYTHME/CONTINENCE PÉRIODIQUE Chaque mois qu'une femme est sexuellement active, elle peut éviter une grossesse en évitant les rapports sexuels les jours du mois où elle a plus de chances de tomber enceinte.	OUI SPONTANÉ .... 1 OUI DESCRIPTION .... 2 NON .... 3 ▼	OUI .... 1 NON 2
13	RETRAIT Les hommes peuvent faire attention et se retirer avant l'éjaculation.	OUI SPONTANÉ .... 1 OUI DESCRIPTION .... 2 NON .... 3 ▼	OUI .... 1 NON 2
14	PILULE DU LENDEMAIN Les femmes peuvent prendre une pilule les jours après les rapports sexuels, jusqu'au troisième jour après, pour éviter de tomber enceinte.	OUI SPONTANÉ .... 1 OUI DESCRIPTION .... 2 NON .... 3 ▼	OUI .... 1 NON 2
15	Avez-vous entendu parler d'autres moyens ou méthodes que les femmes ou les hommes peuvent utiliser pour éviter une grossesse?	OUI .... 1 _______________ (PRÉCISER) _______________ (PRÉCISER) NON .... 2 ▼	OUI .... 1 NON .... 2 OUI .... 1 NON 2

303	VÉRIFIER 302: PAS UN SEUL 'OUI' (N'A JAMAIS UTILISÉ) ☐ ▼	AU MOINS UN 'OUI' (A DÉJÀ UTILISÉ) ☐	──►308

Nº.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
304	Avez-vous, vous même ou n'importe quelle de vos partenaires sexuelles, déjà utilisé un moyen quelconque ou essayé quelque chose pour retarder une grossesse ou éviter de tomber enceinte?	OUI ... 1 NON ... 2	 → 310
306	Qu' avez-vous fait ou utilisé? CORRIGER 302 ET 303 (ET 301 SI NÉCESSAIRE).		
307	VÉRIFIER 302 (**02**): HOMME NON STERILISE ☐ ↓ HOMME STERILISE ☐		→ 309A
308	En ce moment, faites-vous quelque chose ou utilisez-vous une méthode pour retarder ou éviter une grossesse?	OUI ... 1 NON ... 2	 → 310
309 309A	Quelle méthode utilisez-vous? ENCERCLER '**B**' POUR LA STÉRILISATION MASCULINE.	STÉRILISATION FÉMININE ... A STÉRILISATION MASCULINE ... B PILULE ... C DIU/STÉRILET ... D INJECTIONS ... E IMPLANTS ... F CONDOM ... G CONDOM FÉMININ ... H DIAPHRAGME ... I MOUSSE/GELÉE. ... J MAMA ... K CONTINENCE PÉRIODIQUE ... L RETRAIT ... M AUTRE ______ X (PRÉCISER)	
310	Maintenant je voudrais vous poser des questions sur les risques de grossesse. Entre la période des règles et les règles suivantes, y-a-t-il un moment où une femme a plus de chances de tomber enceinte que d'autres si elle a des rapports sexuels?	OUI ... 1 NON ... 2 NE SAIT PAS ... 8	 ┐ ┘→ 312
311	Est-ce que ce moment se situe juste avant que les règles ne commencent, pendant la période des règles, juste après que les règles finissent ou au milieu, entre deux périodes de règles?	JUSTE AVANT DÉBUT DES RÈGLES ... 1 PENDANT LES RÈGLES ... 2 JUSTE APRÈS LAFIN DES RÈGLES ... 3 AU MILIEU ENTRE 2 PÉRIODES DE RÈGLES ... 4 AUTRE ______ 6 (PRÉCISER) NE SAIT PAS ... 8	
312	À votre-avis, est-ce qu'une femme qui allaite son bébé peut-elle tomber enceinte?	OUI ... 1 NON ... 2 ÇA DÉPEND ... 3 NE SAIT PAS ... 8	

313	Maintenant, je voudrais vous lire certaines déclarations sur la contraception. Pourriez-vous me dire si vous êtes d'accord ou non avec chacune de ces déclarations?	D'ACCORD	PAS D'ACCORD	NE SAIT PAS/SANS OPINION	
	a) La contraception est une affaire de femmes à laquelle un homme ne devrait pas s'intéresser.	1	2	3	
	b) Une femme qui utilise la contraception peut être considérée de mœurs légères.	1	2	3	
	c) La femme est la personne qui tombe enceinte, si bien que elle est celle qui devrait utiliser la contraception.	1	2	3	

313A	Quels sont pour vous les buts de la planification familiale ?	ESPACER LA NAISSANCE..................... A LIMITER LA NAISSANCE .... B PRÉSERVER LA SANTÉ DE LA MÈRE . C PRÉSERVER LA SANTÉ DE L'ENFANT D BUT SOCIO ÉCONOMIQUE .... E AUTRE ________________________ X (PRÉCISER)	
313B	Connaissez-vous le nom des marques de condom? SI OUI: Quelle sont les marques que vous connaissez? Quel autre nom de marque vous connaissez ?	PROTECTOR/PROTECTOR PLUS......... A MANIX.. B INNOTEX .... C PROFILTEX .... D SIMPLEX.. E HANSAPLAST .... E PLEASURE..F SANS MARQUE.....................................G AUTRE ______________________...... X (PRÉCISER) NE SAIT PAS...Z	B–Z ►401
313C	Vous avez dit que vous connaissez le nom du condom Protector/ Protector plus. Où l'avez-vous entendu ou appris ? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ. SI LA PERSONNE DÉCLARE "**RADIO**", DEMANDER SI C'EST AU SHOW "**TOKY SY ANTOKA**" OU AU SHOW "**PROTECTOR TIMES**" ET ENCERCLER LE CODE CORRESPONDANT.	À LA RADIO .... A SHOW "TOKY SY ANTOKA"................... B SHOW "PROTECTOR TIMES"................ C À LA TÉLÉVISION .... D SUR DES AFFICHES .... E SUR LES BOITES DE VENTE ....F PARENTS ....G AMIS .... H MEDECINS ....I CINÉMOBILE ....J FILM "BAKAPILESY" .... K T-SHIRT/CASQUETTES ....L VENDEUR BASE COMMUNAUTAIRE ...M VENDEUR PSI....................................... N VENDEUR POINT DE VENTE.................O AUTRE ________________________.....X (PRÉCISER)	

SECTION 4. MARIAGE ET ACTIVITÉ SEXUELLE

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
401	Êtes-vous actuellement marié ou vivez-vous actuellement avec une femme?	OUI, ACTUELLEMENT MARIÉ ....1 OUI, VIT AVEC UNE FEMME ....2 1ÈRE UNION NON CONSOMMÉE..........3 NON, PAS EN UNION 4	1, 2 → 405 3 → 410
402	Avez-vous déjà été marié ou avez-vous déjà vécu avec une femme?	OUI, A ÉTÉ MARIÉ..................................1 OUI, A VÉCU AVEC UNE FEMME...........2 NON..3	2 → 407 3 → 410
404	Quelle est votre situation matrimoniale actuelle : êtes-vous veuf, divorcé ou séparé?	VEUF ....1 DIVORCÉ ....2 SÉPARÉ 3	→ 407
405	Combien d'épouses/conjointes avez-vous actuellement ?	NOMBRE D'ÉPOUSES............. __ __	
406	ENREGISTRER LE NUMÉRO DE LIGNE FIGURANT DANS LA FEUILLE MÉNAGE DE CHACUNE DE SES EPOUSES/ CONJOINTES. SI UNE FEMME N'EST PAS LISTÉE DANS LE MÉNAGE, ENREGISTRER '00'. LE NOMBRE DE CASES REMPLIES DOIT ÊTRE ÉGAL AU NOMBRE D'ÉPOUSES/CONJOINTES NOTÉ A 405.	__ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __	
407	Avez-vous été marié ou avez-vous vécu avec une femme une fois ou plus d'une fois?	UNE FOIS..1 PLUS D'UNE FOIS 2	
408	VÉRIFIER : 407 MARIÉ/A VÉCU AVEC UNE FEMME SEULEMENT UNE FOIS: ☐ ↓ En quel mois et quelle année avez-vous commencé à vivre avec votre épouse/ conjointe? MARIÉ/A VÉCU AVEC UNE FEMME PLUS D'UNE FOIS : ☐ ↓ Maintenant, nous allons parler de votre première épouse/conjointe. En quel mois et quelle année avez-vous commencé à vivre avec elle? SI "1ÈRE UNION NON CONSOMMÉE", RETOURNER À 401, ENCERCLER LE CODE "3" ET PASSER A 410.	MOIS... __ __ NSP MOIS ....98 ANNÉE .... __ __ __ __ NSP ANNÉE.......................................9998	→ 410
409	Quel âge aviez-vous lorsque vous avez commencé à vivre avec elle?	AGE EN ANNEE.......................... __ __	
410	Maintenant, je voudrais vous poser quelques questions sur votre activité sexuelle afin de mieux comprendre certains problèmes de la vie familiale. Quel âge aviez-vous quand vous avez eu vos premiers rapports sexuels (si vous en avez déjà eus)?	JAMAIS... 00 ÂGE EN ANNÉES………….. __ __ 1 ÈRE FOIS EN COMMENÇANT À ÊTRE AVEC (1ÈRE) EPOUSE/CONJOINTE 96	00 → 420
411	Il y a combien de temps que vous avez eu vos derniers rapports sexuels? ENREGISTRER EN « NOMBRE D'ANNÉES » SEULEMENT SI LES DERNIERS RAPPORTS ONT EU LIEU IL Y A UN AN OU PLUS. SI 12 MOIS OU PLUS, LA RÉPONSE DOIT ÊTRE ENREGISTRÉE EN ANNÉES.	NOMBRE DE JOURS……..1 __ __ NOMBRE DE SEMAINES..2 __ __ NOMBRE DE MOIS……….3 __ __ NOMBRE D'ANNÉES……..4 __ __	4 → 420

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
412	La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels, un condom a-t-il été utilisé?	OUI .... 1 NON 2	 → 412F
412A	Quelle est la raison principale pour laquelle vous avez utilisé un condom à cette occasion?	ENQUÊTÉ VEUT ÉVITER MST/SIDA...... 1 ENQ. VEUT ÉVITER GROSSESSE......... 2 ENQ. VEUT ÉVITER À LA FOIS MST/SIDA ET GROSSESSE.......... 3 N'AVAIT PAS CONFIANCE DANS PARTENAIRE /SOUPÇONNE PARTENAIRE D'AVOIR D'AUTRES PARTENAIRES.......... 4 PARTENAIRE A INSISTÉ .... 5 NE SAIT PAS.......... 6 AUTRE ______________ 7 (PRÉCISER)	
412D	Vous êtes-vous procuré ces condoms ou est-ce votre partenaire qui les a fournis?	ENQUÊTÉ S'EST PROCURÉ .... 1 PARTENAIRE A FOURNI.......... 2 QUELQU'UN D'AUTRE A FOURNI 3	 2, 3 → 413
412E	Combien avez-vous payé pour les condoms? ENREGISTRER LE PRIX DE 3 CONDOMS EN FMG	PRIX 3 CONDOMS/FMG [ ][ ][ ][ ] CADEAU/GRATUIT 9996	→ 413
412F	Quelles sont les raisons principales pour lesquelles un condom n'a pas été utilisé aux derniers rapports sexuels?	PAS L'HABITUDE.......... A REFUS DE PARTENAIRE .... B N'AIME PAS LES CONDOMS.......... C ÇA REDUIT LE PLAISIR .... D CONDOM SE DECHIRE .... E CONDOM DEGAGE UNE CERTAINE ODEUR.......... F CONDOM N'EST PAS BIEN LUBRIFIE .. G CONFIANCE EN MON PARTENAIRE .... H FIDELE A MON PARTENAIRE .... I PEUR QUE MON PARTENAIRE ME SOUPÇONNE.......... J NOUS AVONS UN AUTRE CONTRACEPTIF.......... K CONDOM COUTE TROP CHER.......... L CONDOM PAS SOUS LA MAIN.......... M CONDOM ETAIT INTROUVABLE/NOUS N'EN AVONS PAS PU OBTENIR.......... N CONDOM EST ASSOCIE AUX IST .... O CONDOM EST ASSOCIE AU CONTACT AVEC LES PROSTITUEES.......... Q VEUT CONCEVOIR .... S AUTRE ______________.......... X (PRÉCISER) NE CONNAÎT PAS LE CONDOM.......... Z	
413	Quelle est votre relation avec la femme avec qui vous avez eu vos derniers rapports sexuels? SI "PETITE AMIE" OU "FIANCÉE", DEMANDER: Votre petite amie/fiancée vivait-elle avec vous quand vous avez eu vos derniers rapports sexuels avec elle? SI "OUI", ENREGISTRER '1' SI "NON", ENREGISTRER '2'	C'EST EPOUSE/PARTENAIRE COHABITANTE.......... 1 C'EST MA PETITE AMIE/FIANCÉE .... 2 C'EST UNE AUTRE AMIE.......... 3 C'EST RENCONTRE OCCASIONNEL..... 4 C'EST UNE PARENTE.......... 5 C'EST UNE CLIENTE (PROSTITUTION). 6 AUTRE ______________ 7 (PRÉCISER)	→ 415

Nº.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
414	Pour combien de temps avez-vous eu des rapports sexuels avec cette femme?	NOMBRE DE JOURS........1 [ ][ ] NOMBRE DE SEMAINES..2 [ ][ ] NOMBRE DE MOIS..........3 [ ][ ] NOMBRE D'ANNÉES........4 [ ][ ]	
415	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu des rapports sexuels avec une autre femme?	OUI .... 1 NON.. 2	 → 420
416	La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels avec cette autre femme, un condom a-t-il été utilisé?	OUI .... 1 NON.. 2	 → 416F
416A	Quelle est la raison principale pour laquelle vous avez utilisé un condom à cette occasion?	ENQUÊTÉ VEUT ÉVITER MST/SIDA...... 1 ENQ. VEUT ÉVITER GROSSESSE.........2 ENQ. VEUT ÉVITER À LA FOIS MST/SIDA ET GROSSESSE................................3 N'AVAIT PAS CONFIANCE DANS PARTENAIRE /SOUPÇONNE PARTENAIRE D'AVOIR D'AUTRES PARTENAIRES.................................. 4 PARTENAIRE A INSISTÉ .... 5 NE SAIT PAS... 6 AUTRE ______________________________ 7 (PRÉCISER)	
416D	Vous êtes-vous procuré ces condoms ou est-ce votre partenaire qui les a fournis?	ENQUÊTÉ S'EST PROCURÉ .... 1 PARTENAIRE A FOURNI......................... 2 QUELQU'UN D'AUTRE A FOURNI 3	 2, 3 → 417
416E	Combien avez-vous payé pour les condoms? ENREGISTRER LE PRIX DE 3 CONDOMS EN FMG	PRIX 3 CONDOMS/FMG [ ][ ][ ][ ] CADEAU/GRATUIT 9996	→ 417
416F	Quelles sont les raisons principales pour lesquelles un condom n'a pas été utilisé aux derniers rapports sexuels?	PAS L'HABITUDE....................................A REFUS DE PARTENAIRE ....B N'AIME PAS LES CONDOMS................. C ÇA REDUIT LE PLAISIR .... D CONDOM SE DECHIRE ....E CONDOM DEGAGE UNE CERTAINE ODEUR..F CONDOM N'EST PAS BIEN LUBRIFIE .. G CONFIANCE EN MON PARTENAIRE .... H FIDELE A MON PARTENAIRE .... I PEUR QUE MON PARTENAIRE ME SOUPÇONNE.. J NOUS AVONS UN AUTRE CONTRACEPTIF.....................................K CONDOM COUTE TROP CHER.............. L CONDOM PAS SOUS LA MAIN.............. M CONDOM ETAIT INTROUVABLE/NOUS N'EN AVONS PAS PU OBTENIR............ N CONDOM EST ASSOCIE AUX IST .... O CONDOM EST ASSOCIE AU CONTACT AVEC LES PROSTITUEES.................... Q VEUT CONCEVOIR ....S AUTRE ____________________.............X (PRÉCISER) NE CONNAÎT PAS LE CONDOM.............Z	

N^{O}.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
417	Quelle est votre relation avec cette autre femme? SI "PETITE AMIE" OU "FIANCÉE", DEMANDER: Votre petite amie/fiancée vivait-elle avec vous quand vous avez eu vos derniers rapports sexuels avec elle? SI "OUI", ENREGISTRER '1' SI "NON", ENREGISTRER '2'	C'EST MON EPOUSE/PARTENAIRE COHABITANTE .... 1 C'EST MA PETITE AMIE/FIANCÉE .... 2 C'EST UNE AUTRE AMIE .... 3 C'EST RENCONTRE OCCASIONNEL..... 4 C'EST UNE PARENTE .... 5 C'EST UNE CLIENTE (PROSTITUTION). 6 AUTRE ______________________ 7 (PRÉCISER)	→ 418A
418	Pour combien de temps avez-vous eu des rapports sexuels avec cette autre femme?	NOMBRE DE JOURS……..1 [ ][ ] NOMBRE DE SEMAINES..2 [ ][ ] NOMBRE DE MOIS……….3 [ ][ ] NOMBRE D'ANNEES……..4 [ ][ ]	
418A	Mis à part ces deux femmes, avez-vous eu des rapports sexuels avec quelqu'une d'autre au cours des 12 derniers mois ?	OUI .... 1 NON.. 2	 → 420
418B	La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels avec cette autre femme, un condom a t-il été utilisé?	OUI .... 1 NON.. 2	 → 418CE
418C	Quelle est la raison principale pour laquelle vous avez utilisé un condom à cette occasion?	ENQUÊTÉ VEUT ÉVITER MST/SIDA...... 1 ENQ. VEUT ÉVITER GROSSESSE.........2 ENQ. VEUT ÉVITER À LA FOIS MST/SIDA ET GROSSESSE................................3 N'AVAIT PAS CONFIANCE DANS PARTENAIRE /SOUPÇONNE PARTENAIRE D'AVOIR D'AUTRES PARTENAIRES.................................. 4 PARTENAIRE A INSISTÉ .... 5 NE SAIT PAS.. 6 AUTRE ______________________ 7 (PRÉCISER)	
418CC	Vous êtes-vous procuré ces condoms ou est-ce votre partenaire qui les a fournis?	ENQUÊTÉ S'EST PROCURÉ .... 1 PARTENAIRE A FOURNI......................... 2 QUELQU'UN D'AUTRE A FOURNI 3	 2, 3 → 418D
418CD	Combien avez-vous payé pour les condoms? ENREGISTRER LE PRIX DE 3 CONDOMS EN FMG	PRIX 3 CONDOMS/FMG [ ][ ][ ][ ] CADEAU/GRATUIT 9996	→ 418D

Nº.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
418CE	Quelles sont les raisons principales pour lesquelles un condom n'a pas été utilisé aux derniers rapports sexuels?	PAS L'HABITUDE....................................A REFUS DE PARTENAIRE ....B N'AIME PAS LES CONDOMS................ C ÇA REDUIT LE PLAISIR .... D CONDOM SE DECHIRE ....E CONDOM DEGAGE UNE CERTAINE ODEUR..F CONDOM N'EST PAS BIEN LUBRIFIE .. G CONFIANCE EN MON PARTENAIRE .... H FIDELE A MON PARTENAIRE .... I PEUR QUE MON PARTENAIRE ME SOUPÇONNE.. J NOUS AVONS UN AUTRE CONTRACEPTIF.....................................K CONDOM COUTE TROP CHER.............. L CONDOM PAS SOUS LA MAIN..............M CONDOM ETAIT INTROUVABLE/NOUS N'EN AVONS PAS PU OBTENIR............ N CONDOM EST ASSOCIE AUX IST .... O CONDOM EST ASSOCIE AU CONTACT AVEC LES PROSTITUEES.................... Q VEUT CONCEVOIR ....S AUTRE ____________________.............X (PRÉCISER) NE CONNAÎT PAS LE CONDOM.............Z	
418D	Quelle est votre relation avec cette autre femme? SI "PETITE AMIE" OU "FIANCÉE", DEMANDER: Votre petit ami/fiancé vivait-il avec vous quand vous avez eu vos derniers rapports sexuels avec lui? SI "OUI", ENREGISTRER '1' SI "NON", ENREGISTRER '2'	C'EST MON ÉPOUSE/PARTENAIRE COHABITANTE .... 1 C'EST MA PETITE AMIE/FIANCÉE .... 2 C'EST UNE AUTRE AMIE........................ 3 C'EST RENCONTRE OCCASIONNEL..... 4 C'EST UNE PARENTE............................ 5 C'EST UNE CLIENTE (PROSTITUTION). 6 AUTRE ________________________ 7 (PRÉCISER)	→ 419
418E	Pour combien de temps avez-vous eu des rapports sexuels avec cette autre femme?	NOMBRE DE JOURS……..1 [ ][ ] NOMBRE DE SEMAINES..2 [ ][ ] NOMBRE DE MOIS……….3 [ ][ ] NOMBRE D'ANNÉES……..4 [ ][ ]	
419	En tout, avec combien de femmes différentes (autres que vos épouses) avez-vous eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois?	NOMBRE DE PARTENAIRES. [ ][ ]	
419A	Vous est-il déjà arrivé de payer pour avoir des rapports sexuels avec une femme?	OUI ....1 NON...2	 →420
419B	Combien de temps s'est écoulé depuis la dernière fois que vous avez payé pour avoir des rapports sexuels avec une femme?	NOMBRE DE JOURS..............1 [ ][ ] NOMBRE DE SEMAINES ....2 [ ][ ] NOMBRE DE MOIS.................3 [ ][ ] NOMBRE D'ANNÉES..............4 [ ][ ] NE SE SOUVIENT PAS 998	
419C	La dernière fois que vous avez payé pour avoir des rapports sexuels avec une femme, est-ce qu'un condom a été utilisé?	OUI ....1 NON...2	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
420	Connaissez-vous un endroit où l'on peut se procurer des condoms?	OUI ... 1 NON ... 2	 → 501
421	Où est-ce? S'IL S'AGIT D'UN HÔPITAL, D'UN CENTRE DE SANTÉ OU D'UNE CLINIQUE, ÉCRIRE LE NOM DE L'ENDROIT. INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ. ____________ ____________ ____________ (NOMS DES ENDROITS) Aucun autre endroit? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	SECTEUR PUBLIC CENTRE HÔSPITALIER ... A CENTRE DE SANTÉ DE BASE ... B CLINIQUE PLANNING FAMILIAL ... C CLINIQUE MOBILE ... D AGENT DE TERRAIN ... E AUTRE PUBLIC________ F (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL PRIVÉ/CLINIQUE ... G PHARMACIE ... H MÉDECIN PRIVÉ ... I CLINIQUE MOBILE ... J AGENT DE TERRAIN ... K AUTRE PRIVÉ MÉDICAL ________ L (PRÉCISER) AUTRE SOURCE BOUTIQUE/KIOSQUE ... M ÉGLISE ... N AMIS/PARENTS ... O AUTRE ________ X (PRÉCISER)	
422	Si vous le souhaitiez, pourriez-vous vous procurer vous-même un condom?	OUI ... 1 NON ... 2 NE SAIT PAS/N'EST PAS SÛR ... 8	

SECTION 5. PRÉFÉRENCES EN MATIÈRE DE FÉCONDITÉ

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
501	VÉRIFIER 401 : PAS EN UNION OU 1ÈRE UNION NON CONSOMMÉE: ☐ ↓	ACTUELLEMENT MARIÉ/VIT AVEC UNE FEMME: ☐	→ 501B
501A	VÉRIFIER 411 : DERNIERS RAPPORTS SEXUELS IL Y A MOINS DE 12 MOIS : CODE « 1 » OU « 2 » OU « 3 » ENCERCLÉ: ☐ ↓	DERNIERS RAPPORTS SEXUELS IL Y A 12 MOIS OU PLUS : CODE « 4 » ENCERCLÉ OU Q.411 NON POSÉE : ☐	→ 502(A)
501B	Est-ce que votre épouse/partenaire (l'une de vos épouses/partenaires) est enceinte actuellement?	OUI .... 1 NON .... 2 PAS SÛR 8	 NON, PAS SÛR → 502(A)
501C	Quand elle est tombée enceinte, vouliez-vous qu'elle tombe enceinte à ce moment-là, vouliez-vous qu'elle tombe enceinte plus tard, ou ne vouliez-vous pas du tout qu'elle tombe enceinte?	À CE MOMENT-LÀ .... 1 PLUS TARD .... 2 PAS DU TOUT 3	1–3 → 502(B)
502	(A) ÉPOUSE/PARTENAIRE PAS ENCEINTE OU PAS SUR OU PAS D'ÉPOUSE / PARTENAIRE : ☐ ↓ Maintenant, j'ai quelques questions au sujet de l'avenir. Voudriez-vous avoir un (un autre) enfant, ou préféreriez-vous ne pas avoir d'(autre) enfant? (B) ÉPOUSE/PARTENAIRE ENCEINTE : ☐ ↓ Maintenant, j'ai quelques questions au sujet de l'avenir. Après l'enfant que vous attendez, voudriez-vous avoir un autre enfant, ou préféreriez-vous ne pas avoir d'autre enfant?	AVOIR UN (AUTRE) ENFANT .... 1 PAS D'AUTRE/AUCUN .... 2 ÉPOUSE/PART. NE PEUT PAS TOMBER ENCEINTE .... 3 NDÉCISE/NE SAIT PAS ET ENCEINTE .... 4 PAS ENCEINTE OU PAS SÛRE 5	 2 → 504 3 → 514 4 → 510 5 → 504
503	VÉRIFIER 502 : ÉPOUSE/PARTENAIRE PAS ENCEINTE OU PAS SÛR OU PAS D'ÉPOUSE /PARTENAIRE : ☐ ↓ Combien de temps voudriez-vous attendre à partir de maintenant avant la naissance d'un (autre) enfant? ÉPOUSE/PARTENAIRE ENCEINTE : ☐ ↓ Après la naissance de l'enfant que vous attendez, combien de temps voudriez-vous attendre avant la naissance d'un autre enfant?	MOIS .... 1 ☐☐ ANNÉES .... 2 ☐☐ BIENTÔT/MAINTENANT .... 993 DIT FEMME NE PEUT PAS TOMBER ENCEINTE .... 994 APRÈS MARIAGE .... 995 AUTRE ______________ 996 (PRÉCISER) NE SAIT PAS 998	 993 → 510 994 → 514 995 → 509 996 → 508 998 → 508
504	VÉRIFIER 502 : ÉPOUSE/PARTENAIRE PAS ENCEINTE OU PAS SÛR OU PAS D'ÉPOUSE/PARTENAIRE : ☐ ↓	ÉPOUSE/PARTENAIRE ENCEINTE: ☐	→ 510

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
505	VÉRIFIER 308 : UTILISE ACTUELLEMENT UNE MÉTHODE CONTRACEPTIVE NON POSÉE : ☐ ↓ NON : N'UTILISE PAS ACTUELLEMENT : ☐ ↓ OUI : UTILISE ACTUELLEMENT : ☐		→ 508
506	VÉRIFIER 503 : NON POSÉE : ☐ ↓ 24 MOIS OU PLUS OU 2 ANS OU + : ☐ ↓ 00-23 MOIS OU 00-01 ANNÉE : ☐		→ 510
508	Dans les semaines qui viennent, si vous découvriez qu'une de vos épouses/partenaires était enceinte, cela serait-il un problème important, un petit problème ou cela ne vous poserait-il aucun problème?	PROBLÈME IMPORTANT........................1 PETIT PROBLÈME..................................2 AUCUN PROBLÈME................................3 DIT NE PEUT PAS TOMBER ENCEINTE/ N'A PAS DE RAPPORTS SEX. 4	
509	VÉRIFIER 308: UTILISE ACTUELLEMENT UNE MÉTHODE CONTRACEPTIVE NON POSÉE : ☐ ↓ NON, N'UTILISE PAS ACTUELLEMENT : ☐ ↓ OUI, UTILISE ACTUELLEMENT : ☐		→ 514
510	Pensez-vous que, dans l'avenir, vous utiliserez une méthode contraceptive pour retarder ou éviter une grossesse?	OUI ....1 NON..2 NE SAIT PAS..8	2, 8 →512
511	Quelle méthode contraceptive préféreriez-vous utiliser?	STÉRILISATION FÉMININE..................01 STÉRILISATION MASCULINE..............02 PILULE ....03 DIU...04 INJECTIONS ....05 IMPLANTS..06 CONDOM ....07 CONDOM FÉMININ...............................08 DIAPHRAGME......................................09 MOUSSE/GELÉE ....10 MAMA...11 CONTINENCE PÉRIODIQUE ....12 RETRAIT ....13 AUTRE ______________ 96 (PRÉCISER) PAS SÛR..98	→514

Nº	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
512	Quelle est la raison principale pour laquelle vous pensez que vous n'utiliserez pas de méthode contraceptive dans l'avenir?	NON MARIÉ .... 11 RAISONS LIÉES À LA FÉCONDITÉ PAS DE RAP. SEXUELS/RAP. SEXUELS PEU FRÉQUENTS .... 22 MÉNOPAUSE/HYSTÉRECTOMIE....... 23 SOUS-FÉCONDE/STÉRILE................. 24 VEUT AUTANT D'ENFANTS QUE POSSIBLE....................................... 26 OPPOSITION À L'UTILISATION ENQUÊTÉ OPPOSÉ............................ 31 EPOUSE/PARTENAIRE OPPOSÉE.... 32 AUTRES PERSONNES OPPOSÉES .. 33 INTERDITS RELIGIEUX .... 34 MANQUE DE CONNAISSANCE CONNAÎT AUCUNE MÉTHODE .... 41 CONNAÎT AUCUNE SOURCE............. 42 RAISONS LIÉES AUX MÉTHODES PROBLÈMES DE SANTÉ .... 51 PEUR DES EFFETS SECONDAIRES . 52 PAS ACCESSIBLE/TROP LOIN .... 53 TROP CHER .... 54 PAS PRATIQUE À UTILISER .... 55 INTERFÈRE AVEC DES FONCTIONS NATURELLES DU CORPS............... 56 AUTRE ______________________ 96 (PRÉCISER) NE SAIT PAS... 98	22–98 →514
513	Utiliseriez-vous une méthode si vous étiez marié?	OUI .... 1 NON.. 2 NE SAIT PAS.. 8	
514	VÉRIFIER 203 ET 205 : A DES ENFANTS VIVANTS : ☐ ↓ Si vous pouviez revenir à l'époque ou vous n'aviez pas d'enfant et choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans votre vie, combien auriez-vous voulu en avoir ? N'A PAS D'ENFANT VIVANT : ☐ ↓ Si vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans votre vie, combien voudriez-vous en avoir? INSISTER POUR OBTENIR UNE RÉPONSE NUMÉRIQUE. SI « AUCUN », ENCERCLER « 00 » ET PASSER À 516.	AUCUN……………………………………..00 NOMBRE………………… ☐☐ AUTRE ______________________ 96 (PRÉCISER)	→ 516 → 516
515	Parmi ces enfants, combien souhaiteriez-vous de garçons, combien souhaiteriez-vous de filles, et pour combien d'entre eux, le sexe n'aurait-il pas d'importance?	GAR-CONS / FILLES / N'IM-PORTE NOMBRE.. ☐☐ / ☐☐ / ☐☐ AUTRE ______________________ 96 (PRÉCISER)	
516	Diriez-vous que vous approuvez ou que vous désapprouvez les couples qui utilisent une méthode contraceptive pour éviter de tomber enceinte?	APPROUVE... 1 DÉSAPPROUVE .... 2 NE SAIT PAS/PAS SÛR............................ 8	

Nº	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
517	Au cours des derniers mois, avez-vous entendu parler de planification familiale: a) À la radio? b) À la radio "SHOW TOKY SY ANTOKA"? c) À la télévision? d) Dans des journaux ou magazines? e) Sur des affiches? f) Par les pairs éducateurs? g) Au cours des animations? h) À Cinémobile? i) Au film "BAKAPILESY"?	OUI NON RADIO .... 1 2 RADIO "SHOW TOKY SY ANT" .. 1 2 TÉLÉVISION.......... 1 2 JOURNAUX OU MAGAZINES ..... 1 2 AFFICHES.......... 1 2 PAIRS ÉDUCATEURS .... 1 2 ANIMATIONS .... 1 2 CINÉMOBILE.......... 1 2 FILM BAKAPILESY 1 2	
518	À votre avis, est-il admissible ou inadmissible de parler de planification familiale : À la radio ? À la télévision? Dans les journaux ou magazines? Sur des affiches ? Dans des prospectus/brochures ? Dans les séances d'animation culturelle ou éducative ? A l'école ?	ADMIS-SIBLE IN-ADMIS-SIBLE À LA RADIO.......... 1 2 À LA TV .... 1 2 DANS LES JOURNAUX ... 1 2 SUR DES AFFICHES....... 1 2 DANS PROSPECTUS...... 1 2 ANIMATION CULT .... 1 2 A L'ECOLE 1 2	
519	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous discuté de la pratique de la planification familiale avec vos ami(e)s, vos voisin(e)s, vos parents ou parentes ?	OUI .... 1 NON.......... 2	 → 521
520	Avec qui en avez-vous discuté? Quelqu'un d'autre? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	ÉPOUSE/PARTENAIRE.......... A MÈRE .... B PÈRE .... C SOEUR(S) .... D FRÈRE(S).......... E COUSINE(S)/COUSIN(S).......... F FILLE(S) .... G FILS .... H BELLE(S)-MÈRE(S) .... I BEAU(X)-PÈRE(S) .... J AMI(E)S/VOISIN(E)S.......... K AUTRE ________________ X (PRÉCISER)	
521	VÉRIFIER 401: OUI, ACTUELLEMENT MARIÉ: ☐ ↓ OUI, VIT AVEC UNE FEMME : ☐ ↓ NON, PAS EN UNION OU 1ÈRE UNION NON CONSOMMÉE: ☐		→ 528
522	VÉRIFIER 309/309A : AU MOINS UN CODE ENCERCLÉ: ☐ ↓ AUCUN CODE ENCERCLÉ: ☐		→ 524
523	Vous m'avez dit que vous utilisez actuellement une méthode de planification familiale. Voudriez-vous me dire que l'utilisation de cette méthode est principalement votre propre décision, ou celle de votre (vos) épouse(s)/partenaire(s), ou une décision commune de vous ?	PRINCIPALEMENT ENQUÊTÉ.......... 1 PRINCIPALEMENT EPOUSE/PART......... 2 DÉCISION COMMUNE .... 3 AUTRE ________________ 6 (PRÉCISER)	
524	Maintenant je voudrais vous demander au sujet des opinions de votre épouse /partenaire en matière de planification familiale. Pensez-vous que votre (vos) épouse(s) / partenaire(s) avec qui vous vivez approuve(nt) ou désapprouve(nt) les couples qui utilisent une méthode contraceptive pour éviter une grossesse?	APPROUVE.......... 1 DÉSAPPROUVE .... 2 NE SAIT PAS.......... 8	

Nº	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
525	Combien de fois, au cours des 12 derniers mois, avez-vous parlé de la planification familiale avec votre (vos) épouse(s)/ partenaire(s) avec qui vous vivez?	JAMAIS ..... 1 UNE OU DEUX FOIS ..... 2 PLUS SOUVENT 3	
526	VÉRIFIER 309/309A : CODE « B » NON ENCERCLÉ : LUI NON STERILISÉ: ☐ ↓ CODE « B » ENCERCLÉ : LUI STERILISÉ: ☐		→ 528
527	Pensez-vous que votre (vos) épouse(s) / conjointe(s) avec qui vous vivez veut (veulent) le même nombre d'enfants que vous, en veut (veulent) davantage que vous ou en veut (veulent) moins que vous?	MÊME NOMBRE ..... 1 PLUS D'ENFANTS ..... 2 MOINS D'ENFANTS ..... 3 NE SAIT PAS 8	
528	Le mari et la femme ne sont pas toujours d'accord sur tout. S'il vous plaît, dites-moi si vous pensez qu'il est normal qu'une femme refuse d'avoir des rapports sexuels avec son mari/partenaire quand:	OUI NON NSP	
	Elle sait que son mari/partenaire a une maladie sexuellement transmissible?	IL A UNE MST ..... 1 ..... 2 8	
	Elle sait que son mari/partenaire a des rapports sexuels avec des femmes autres que ses conjointes ?	AUTRES FEMMES 1 2 8	
	Elle a accouché récemment?	ACCOUCHEE RÉCEMMENT 1 2 8	
	Elle est fatiguée ou n'est pas d'humeur à faire cela ?	FATIGUEE /PAS HUMEUR ..... 1 ..... 2 8	

SECTION 6. PARTICIPATION DANS LES SOINS DE SANTÉ

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
601	VÉRIFIER 201 et 209: A UN ENFANT OU PLUS ☐ ▼	N'A PAS D'ENFANT ☐	→ 617
602	Quel est le nom et le sexe de votre dernier enfant ? ______________________ (NOM DU DERNIER ENFANT)	GARÇON .... 1 FILLE 2	
603	En quel mois et en quelle année votre dernier enfant est-il né?	MOIS .... [ ][ ] ANNÉE .... [ ][ ][ ][ ]	
604	Est-ce que (NOM DU DERNIER ENFANT) est actuellement en vie?	OUI .... 1 NON .... 2 NE SAIT PAS 8	→ 606 → 606
605	Quel âge avait (NOM DU DERNIER ENFANT) quand il est décédé? SI, 1 AN, INSISTER : Était-il/elle âgé(e) de combien de mois quand il/elle était décédé(e) ? ENREGISTREZ EN JOURS, SI MOINS D'UN MOIS ; EN MOIS SI MOINS DE 2 ANS ; OU EN ANNÉES.	JOURS .... 1 [ ][ ] MOIS .... 2 [ ][ ] ANNEES .... 3 [ ][ ] NE SAIT PAS 998	
606	Qui est la mère de (NOM DU DERNIER ENFANT)? ÉCRIRE LE NOM DE LA MÈRE DE L'ENFANT ET SON NUMÉRO DE LIGNE À PARTIR DU QUESTIONNAIRE MÉNAGE. SI LA MÈRE N'EST PAS MEMBRE DU MÉNAGE, NOTER "00". ______________________ (NOM DE LA MÈRE DU DERNIER ENFANT)	NUMERO DE LIGNE .... [ ][ ]	
607	VÉRIFIER 603: DERNIER ENFANT NÉ DEPUIS JANVIER 1998 ☐ ▼	N'A PAS D'ENFANT OU DERNIER ENFANT NÉ AVANT JANVIER 1998 ☐	→ 617
608	VÉRIFIER 606: MÈRE DU DERNIER ENFANT NE VIT PAS DANS LE MÉNAGE (CODE 00) ☐ ▼	MÈRE DU DERNIER ENFANT VIT DANS LE MÉNAGE ☐	→ 610

Nº.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
609	Quelle est votre relation avec (NOM DE LA MÈRE DU DERNIER ENFANT)?	ÉPOUSE/PARTENAIRE AVEC QUI IL VIT ACTUELLEMENT .... 01 ANCIENNE ÉPOUSE .... 02 PARTENAIRE AVEC QUI IL VIVAIT .... 03 ANCIENNE PARTENAIRE AVEC QUI IL VIVAIT .... 04 PARTENAIRE SEX. RÉGULIÈRE.......... 05 PETITE AMIE/FIANCÉE.......... 06 PARTENAIRE SEX. OCCASIONNELLE 07 RENCONTRE DE FORTUNE .... 08 AUTRE ______________ 96 (PRÉCISER)	

610	**APRÈS AVOIR POSER LA QUESTION 610A, POSEZ D'ABORD LES QUESTIONS 611 ET 612 SUR LA GROSSESSE, ENSUITE 610B, 611 ET 612 SUR L'ACCOUCHEMENT, ET PROCÉDEZ DE LA MÊME FAÇON POUR LA COLONNE «LES 6 SEMAINES APRÈS L'ACCOUCHEMENT». TOUTES LES QUESTIONS PORTENT SUR LE DERNIER ENFANT.**			
		GROSSESSE	**ACCOUCHEMENT**	**6 SEMAINES APRÈS ACCOUCHEMENT**
	Maintenant, si vous pouviez revenir au moment où (NOM DE LA MÈRE DU DERNIER ENFANT À Q.606) était enceinte de (NOM DU DERNIER ENFANT À Q.606).	**610A** : Quand (NOM DE LA MÈRE DU DERNIER ENFANT À Q.606) était enceinte de (NOM DU DERNIER ENFANT À Q.606), a -t-elle reçu des conseils ou des soins d' un docteur ou d'un professionnel de la santé pour les soins prénatals ? OUI……………………………1 NON…………………………..2 (PASSER À 612) NE SAIT PAS…………………8 (PASSER À 610B DANS LA COLONNE SUIVANTE)	**610B** : Quand (NOM DE LA MÈRE DU DERNIER ENFANT À Q.606) accouchait de (NOM DU DERNIER ENFANT À Q.606), a -t-elle été assistée par un docteur ou par un professionnel de la santé ? OUI……………………………1 NON…………………………..2 (PASSER À 612) NE SAIT PAS…………………8 (PASSER À 610C DANS LA COLONNE SUIVANTE)	**610C** : Quand (NOM DE LA MÈRE DU DERNIER ENFANT À Q.606) a accouché de (NOM DU DERNIER ENFANT À Q.606), a -t-elle reçu des soins ou consultations d'un docteur ou d'un professionnel de la santé au cours des 6 semaines qui ont suivi l'accouchement ? OUI……………………………1 NON…………………………..2 (PASSER À 612) NE SAIT PAS…………………8 (PASSER À 613)
611	Qui a payé pour les soins, ou ces services du docteur ?	GRATUIT……………………..01 ASSURANCE MALADIE……02 ENQUÊTÉ…………………...03 MÈRE DE L'ENFANT……….04 ENQUÊTÉ ET MÈRE DE L'ENFANT……………………05 FAMILLE DE L'ENQUÊTÉ…06 FAMILLE DE LA MÈRE DE L'ENFANT……………………07 AUTRE ______________ 96 (PRÉCISER) (PASSER À 610B DANS LA COLONNE SUIVANTE)	GRATUIT……………………..01 ASSURANCE MALADIE……02 ENQUÊTÉ…………………...03 MÈRE DE L'ENFANT……….04 ENQUÊTÉ ET MÈRE DE L'ENFANT……………………05 FAMILLE DE L'ENQUÊTÉ…06 FAMILLE DE LA MÈRE DE L'ENFANT……………………07 AUTRE ______________ 96 (PRÉCISER) (PASSER À 610C DANS LA COLONNE SUIVANTE)	GRATUIT……………………..01 ASSURANCE MALADIE……02 ENQUÊTÉ…………………...03 MÈRE DE L'ENFANT……….04 ENQUÊTÉ ET MÈRE DE L'ENFANT……………………05 FAMILLE DE L'ENQUÊTÉ…06 FAMILLE DE LA MÈRE DE L'ENFANT……………………07 AUTRE ______________ 96 (PRÉCISER) (PASSER À 613)

612	Quelles sont les principales raisons, pour lesquelles (NOM DE LA MÈRE DU DERNIER ENFANT À Q.606) n'a pas reçu de conseils ou de soins d' un docteur ou d'un professionnel de la santé pour les soins prénatals ?	PAS NÉCESSAIRE………….01 CONSULTATION PERSON-NELLE PAS PERMISE……..02 ENQUÊTÉ N'A PAS ACCEPTÉ…………………….03 TROP CHER……………..….04 TROP ÉLOIGNÉ/PROBLÈ-DE TRANSPORT…………..05 SERVICE DÉFISCIENT……06 PERSONNEL PAS COMPÉTANT………………..07 AUTRE ______________ 96 (PRÉCISER) (PASSER À 610B DANS LA COLONNE SUIVANTE)	PAS NÉCESSAIRE………….01 CONSULTATION PERSON-NELLE PAS PERMISE……..02 ENQUÊTÉ N'A PAS ACCEPTÉ…………………….03 TROP CHER……………..….04 TROP ÉLOIGNÉ/PROBLÈ-DE TRANSPORT…………..05 SERVICE DÉFISCIENT……06 PERSONNEL PAS COMPÉTANT………………..07 AUTRE ______________ 96 (PRÉCISER) (PASSER À 610C DANS LA COLONNE SUIVANTE)	PAS NÉCESSAIRE………..01 CONSULTATION PERSON-NELLE PAS PERMISE……..02 ENQUÊTÉ N'A PAS ACCEPTÉ…………………….03 TROP CHER……………..….04 TROP ÉLOIGNÉ/PROBLÈ-DE TRANSPORT…………..05 SERVICE DÉFISCIENT……06 PERSONNEL PAS COMPÉTANT………………07 AUTRE ______________ 96 (PRÉCISER)

613	Pendant cette grossesse, vous-est-il arrivé d'accompagner (NOM DE LA MÈRE DU DERNIER ENFANT) quand elle se rendait à l' établissement de santé pour des soins prénatals ?	OUI...1 NON 2	
614	VÉRIFIER 602 ET 604: NOM DU DERNIER ENFANT ________________ DERNIER ENFANT VIVANT ☐ ▼ DERNIER ENFANT PAS VIVANT/ NE SAIT PAS ☐		▶617

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
615	(NOM DU DERNIER ENFANT) vit-il/elle avec vous dans le ménage?	OUI....1 NON....2	 —► 617
616	Dans votre ménage, qui décide habituellement de quoi faire quand (NOM DU DERNIER ENFANT) est malade? ENREGISTRER TOUTES LES RÉPONSES DÉCLARÉES.	ÉNQUÊTÉ.... A MÈRE DE L'ENFANT .... B ÉPOUSE/PARTENAIRE QUI N'EST PAS LA MÈRE DE L'ENFANT.... C UNE PARENTE (FEMME).... D UN PARENT (HOMME).... E AUTRE ______ X (PRÉCISER) ENFANT N'A JAMAIS ÉTÉ MALADE...... Y	
617	Maintenant, je voudrais vous parler de la grossesse et de la santé des enfants. Souvent, une grossesse peut avoir des complication qui peuvent provoquer des fausses couches, ou même la mort. Par rapport à ces complications, quels sont selon vous les quelques signes et symptômes qui montrent qu'une grossesse est menacée, ou en danger? INSISTER : Autres signes et symptômes ? ENREGISTRER TOUS LES SIGNES ET SYMPTÔMES MENTIONNÉS.	HÉMORRAGIE VAGINALE .... A FORTE FIÈVRE.... B DOULEUR ABDOMINALE.... C INFLAMMATION DES MAINS/PIEDS ..... D TRAVAIL DIFFICILE DE PLUS DE 12 HEURES .... E CONVULSIONS....F AUTRE ______ X (PRÉCISER) NE CONNAIS AUCUN SIGNE/SYMPTÔME .... Y	
618	Quand un enfant a la diarrhée, doit-on lui donné moins de liquides que d'habitude, la même quantité ou plus que d'habitude ?	MOINS QUE D'HABITUDE.... 1 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ .... 2 PLUS QUE D'HABITUDE .... 3 NE SAIT PAS.... 8	
619	Avez-vous déjà entendu parler d'un produit spécial appelé [NOM LOCAL] que l'on peut obtenir pour traiter la diarrhée?	OUI....1 NON....2	
620	Maintenant, parlez-moi de vous même. Fumez-vous actuellement des cigarettes ou du tabac? SI OUI: Que fumez-vous? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	OUI, CIGARETTES.... A OUI, PIPE .... B OUI, AUTRE TABAC .... C NON .... Y	
621	VÉRIFIER 620: CODE 'A' ENCERCLÉ ▼ CODE 'A' PAS ENCERCLÉ		—► 701
622	Dans les dernières 24 heures, combien de cigarettes avez-vous fumé?	CIGARETTES .... [ ][ ]	

SECTION 7. SIDA ET AUTRES MALADIES SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
701	Maintenant, je voudrais vous parler de quelque chose d'autre. Avez-vous déjà entendu parler dune maladie appelée SIDA?	OUI....1 NON....2	 →724
702	Y-a-t-il quelque chose qu'une personne peut faire pour éviter de contracter le SIDA ou le virus qui cause le SIDA?	OUI....1 NON....2 NE SAIT PAS....8	 ┐ ┘→709
703	Que peut-on faire? Quelque chose d'autre? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	S'ABSTENIR DE RAPPORTS SEXUELS .A UTILISER DES CONDOMS ....B LIMITER RAPPORTS SEX. À UN PARTENAIRE /RESTER FIDÉLE À UN SEUL PARTENAIRE .... C LIMITER LE NOMBRE DE PARTENAIRES SEXUELS .... D ÉVITER RAP. SEX. PROSTITUÉES....E ÉVITER RAP. SEX. AVEC PERSONNES AYANT BEAUCOUP PARTENAIRES ..F ÉVITER RAP. SEX.AVEC HOMOSEXUELS .... G ÉVITER RAP. SEX. AVEC PERSONNES QUI SE FONT DES INJECTIONS INTRAVEINEUSES DE DROGUES .... H ÉVITER TRANSFUSIONS SANGUINES ... I ÉVITER INJECTIONS .... J ÉVITER D'EMBRASSER ....K ÉVITER PIQÛRES DE MOUSTIQUES ..... L CHERCHER PROTECTION DES GUÉRISSEURS TRADITIONNELS..... M ÉVITER PARTAGER RASOIRS/LAMES.. N AUTRE______ W (PRÉCISER) AUTRE ______ X (PRÉCISER) NE SAIT PAS....Z	
704	Est-ce qu'on peut réduire ses risques d'avoir le virus du SIDA en ayant seulement un partenaire sexuel qui n'a aucun autre partenaire?	OUI....1 NON....2 NE SAIT PAS....8	
705	Est-ce qu'on peut contracter le virus du SIDA en se faisant piquer par des moustiques?	OUI....1 NON....2 NE SAIT PAS....8	
706	Est-ce qu'on peut réduire ses risques d'avoir le virus du SIDA en utilisant un condom chaque fois qu'on a des rapports sexuels?	OUI....1 NON....2 NE SAIT PAS....8	
707	Est-ce qu'on peut contracter le virus SIDA en partageant la nourriture de quelqu'un atteint du SIDA?	OUI....1 NON....2 NE SAIT PAS....8	
708	Est-ce qu'on peut se protéger du virus du SIDA en s'abstenant complètement de rapports sexuels ?	OUI....1 NON....2 NE SAIT PAS....8	
708A	Est-ce qu'on peut contracter le virus du SIDA par envoûtement ou sorcellerie ?	OUI....1 NON....2 NE SAIT PAS....8	
709	Est-il possible qu'une personne apparemment en bonne santé ait en fait le virus du SIDA?	OUI....1 NON....2 NE SAIT PAS....8	

Nº.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
710	Connaissez-vous personnellement quelqu'un qui a le virus (ou encore malade) du SIDA ou quelqu'un qui est décédé du SIDA?	OUI....1 NON....2	
711	Est-ce que le virus qui cause le SIDA peut être transmis de la mère à l'enfant?	OUI....1 NON....2 NE SAIT PAS....8	 NON, NE SAIT PAS → 712A
712	Quand le virus qui cause le SIDA peut-il être transmis par la mère à l'enfant? Peut-il être transmis: - Durant la grossesse? - Durant l'accouchement? - Durant l'allaitement?	OUI NON NSP DURANT LA GROSSESSE.. 1 2 8 DURANT ACCOUCHEMENT 1 2 8 DURANT ALLAITEMENT 1 2 8	
712A	Selon vous, courez-vous des risques importants, des risques moyens, des risques faibles ou pas de risques du tout de contracter le virus qui cause le SIDA?	IMPORTANTS....1 MOYENS....2 FAIBLES....3 PAS DE RISQUESDU TOUT....4 A LE SIDA....5 NE SAIT PAS....8	1, 2 → 712C 5 → 713 8 → 713
712B	VÉRIFIER 712A: RISQUES FAIBLES ☐ Pourquoi pensez-vous que vos risques de contracter le virus qui cause le SIDA sont faibles? PAS DE RISQUE DU TOUT ☐ Pourquoi pensez-vous que vous ne courez aucun risque de contracter le virus qui cause le SIDA? Y a-t-il d'autres raisons? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	S'ABSTIENT DE RAPPORTS SEX. ....A UTILISE CONDOMS ....B LIMITE RAPPORTS SEX. À UN PARTENAIRE/FIDÉLE PARTEN.... C LIMITE LE NOMBRE DE PARTENAIRES SEXUELS .... D PARTENAIRE EST FIDÈLE ....E ÉVITE RAP. SEX. AVEC PERSONNES AYANT BEAUCOUP PARTENAIRES . G ÉVITE RAP. AVEC HOMOSEXUELS ...... H ÉVITE RAP. SEX. AVEC PERSONNES QUI ONT INJECTIONS DROGUES ......I ÉVITE TRANSFUSIONS SANG ....J ÉVITE INJECTIONS ....K ÉVITE D'EMBRASSER....L ÉVITE PIQÛRES MOUSTIQUES ....M ÉVITE PARTAGER RASOIRS/LAMES .... N AUTRE ______ W (PRÉCISER) AUTRE ______ X (PRÉCISER) NE SAIT PAS....Z	→ 713

Nº.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
712C	VÉRIFIER 712A: RISQUES MOYENS ☐ — Pourquoi pensez-vous que vous courez des risques moyens de contracter le virus qui cause le SIDA? RISQUES IMPORTANTS ☐ — Pourquoi pensez-vous que vous courez des risques importants de contracter le virus qui cause le SIDA? Y a-t-il d'autres raisons? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	N'UTILISE PAS CONDOMS ..... B NE LIMITE PASRAPPORTS SEX. À UN PARTENAIRE/NE RESTE PAS FIDÉLE À 1 SEUL PARTENAIRE ..... C A DE NOMBREUX PARTENAIRES SEXUELS ..... D PARTENAIRE EST INFIDÈLE ..... E SE PROSTITUE ..... F A RAP. SEX. AVEC PERSONNES AYANT BEAUCOUP PARTENAIRES . G A RAP. AVEC HOMOSEXUELS ..... H A RAP. SEX. AVEC PERSONNES QUI ONT INJECTIONS DE DROGUES ..... I A DES TRANSFUSIONS SANG ..... J A DES INJECTIONS ..... K EMBRASSE ..... L SE FAIT PIQUER PAR MOUSTIQUES ..... M PARTAGE RASOIRS/LAMES ..... N AUTRE ______ W (PRÉCISER) AUTRE ______ X (PRÉCISER) NE SAIT PAS ..... Z	
713	VÉRIFIER 401: OUI, ACTUELLEMENT MARIÉ/ VIT AVEC UNE FEMME ☐ NON, PAS EN UNION/ NE VIT PAS AVEC UNE FEMME ☐		→ 715
714	Avez-vous déjà parler des moyens d'éviter de contracter le virus du SIDA avec (votre épouse /la personne avec qui vous vivez) ? SI PLUS D'UNE ÉPOUSE/PARTENAIRE, POSER LA QUESTION AU PLURIEL	OUI ..... 1 NON 2	
715	À votre avis, est-il admissible ou inadmissible de parler du SIDA: a) À n'importe laquelle radio? b) À la télévision? c) Dans des journaux ou magazines? d) Sur des affiches? e) Par les pairs éducateurs? f) Au cours des séances d'animation culturelle ou éducative? g) À l'école?	ADMIS-SIBLE / PAS ADMIS-SIBLE RADIO ..... 1 2 TÉLÉVISION ..... 1 2 JOURNAUX OU MAGAZINES ..... 1 2 AFFICHES ..... 1 2 PAIRS ÉDUCATEURS ..... 1 2 ANIMATIONS ..... 1 2 À L'ÉCOLE 1 2	
716	Si une personne apprend qu'elle est infectée par le virus qui cause le SIDA, cette personne devrait-elle être autorisée à garder son état secret ou cette information devrait-elle être communiquée à la communauté?	PEUT ÊTRE GARDÉ SECRET ..... 1 COMMUNIQUÉ À LA COMMUNAUTÉ ..... 2 NSP/PAS SÛR 8	
717	Si quelqu'un de votre famille contractait le virus qui cause le SIDA, seriez-vous prêt à prendre soin de lui ou d'elle dans votre propre ménage?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP/PAS SÛR /CELA DÉPEND 8	
718	Est-ce que les personnes atteintes du SIDA et qui travaillent avec d'autres personnes dans des boutiques, des bureaux, ou qui enseignent dans des écoles, devraient être autorisées ou non à continuer leur travail?	PEUT CONTINUER À TRAVAILLER ..... 1 NE DOIT PAS CONTINUER À TRAVA. ..... 2 NSP/PAS SÛR/CELA DÉPEND 8	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
719	Est-ce qu'on devrait éduquer les enfants âgés de 12 à 14 ans concernant l'utilisation du condom pour éviter de contracter le SIDA?	OUI....1 NON....2 NSP/PAS SÛR/CELA DÉPEND....8	
720	Avez-vous déjà effectué un test pour savoir si vous aviez le virus du SIDA?	OUI....1 NON....2	 →721
720A	À quand remonte la dernière fois que vous avez effectué un test pour savoir si vous aviez le virus du SIDA?	MOINS DE 12 MOIS....1 12-23 MOIS....2 2 ANS (24 MOIS), OU PLUS....3	
720B	La dernière fois, vous avez effectué le test, l'avait-il été effectué sur votre propre demande, avait-il été offert à vous et vous l'avez l'accepté, ou il vous a été imposé?	TESTÉ SUR PROPRE DEMANDE....1 TEST OFFERT ET IL L'A ACCEPTÉ....2 TEST A ÉTÉ IMPOSÉ....3	
720C	Avez-vous obtenu le résultat du test pour savoir si vous aviez le virus du SIDA, mais je voudrais pas connaître le résultat?	OUI....1 NON....2	 →723A
721	Voudriez-vous effectuer un test pour le virus du SIDA?	OUI....1 NON....2 NE SAIT PAS /PAS SÛR....8	
722	Connaissez-vous un endroit où vous pourriez effectuer un test pour le SIDA?	OUI....1 NON....2	 →724
723 723A	Où pouvez-vous aller pour ce test? ENREGISTRER LA PREMIÈRE REPONSE SEULEMENT Où êtes vous allé pour ce test? S'IL S'AGIT D'UN HÔPITAL, D'UN CENTRE DE SANTÉ OU D'UNE CLINIQUE, ÉCRIRE LE NOM DE L'ÉTABLISSEMENT. INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ. __________________ (NOM DE L'ÉTABLISSEMENT) (ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.)	SECTEUR PUBLIC CENTRE HÔSPITALIER....11 CENTRE DE SANTÉ DE BASE....12 CLINIQUE PLANNING FAMILIAL....13 CLINIQUE MOBILE....14 AGENT DE TERRAIN....15 AUTRE PUBLIC________16 (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ CINIQUE/HÔPITAL PRIVÉ....21 PHARMACIE....22 MÉDECIN PRIVÉ....23 CLINIQUE MOBILE....24 AGENT DE TERRAIN....25 AUTRE PRIVÉ MEDICAL ________ 26 (PRÉCISER) AUTRE SOURCE BOUTIQUE....31 ÉGLISE....32 PARENTS/AMIS....33 AUTRE ________ 96 (PRÉCISER)	

Nº.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
724	(Mis à part le SIDA), avez-vous entendu parler d'(autres) infections qui peuvent être transmises par contact sexuel?	OUI ... 1 NON ... 2	 → 727
725	Chez un homme, quels sont les signes ou symptômes qui vous feront penser qu'il a une infection sexuellement transmissible? Aucun autre? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	DOULEURS ABDOMINALES ... A ÉCOULEMENT/PERTE GÉNITALE/ ... B ÉCOULEMENT MALODORANT ... C DOULEUR BRÛLANTE EN URINANT ... D ROUGEURS/INFLAMMATION DE LA ZONE GÉNITALE ... E GONFLEMENT DE LA ZONE GÉNITALE. F PLAIE/ULCÈRE GÉNITAL ... G VERRUE GÉNITALE ... H DÉMANGEAISONS GÉNITALES ... I SANG DANS LES URINES ... J PERTE DE POIDS ... K IMPUISSANCE ... L AUTRE ______ W (PRÉCISER) AUTRE ______ X (PRÉCISER) PAS DE SYMPTÔMES ... Y NE SAIT PAS ... Z	 → 726
725A	Si vous présentiez certains de ces symptômes, où iriez-vous pour avoir des conseils ou des soins?	SECTEUR PUBLIC CENTRE HÔSPITALIER II ... 11 CENTRE HÔSPITALIER I ... 12 CENTRE DE SANTÉ DE BASE II ... 13 CENTRE DE SANTÉ DE BASE I ... 14 SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ CLINIQUE/HÔPITAL PRIVÉ ... 21 CENTRE DE SANTÉ PRIVÉ ... 22 PHARMACIE/DÉPÔT DE MÉDICAMENTS ... 23 MÉDECIN PRIVÉ ... 24 CENTRE DE PF/FISA ... 25 AUTRE SOURCE AGENT VBC ... 31 BOUTIQUE ... 32 KIOSQUE ... 33 ÉGLISE ... 34 GUÉRISSEUR/TRADI-PRAT. ... 35 PARENTS/AMIS ... 36 AUTRE ______ 96 (PRÉCISER)	

Nº.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
726	Chez une femme, quels sont les signes et symptômes qui vous feront penser qu'elle a une infection sexuellement transmissible? Aucun autre? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	DOULEURS ABDOMINALES....................A ÉCOULEMENT/PERTES VAGINALES.....B PERTES MALODORANTES .... C DOULEUR BRÛLANTE EN URINANT..... D ROUGEURS/INFLAMMATION DE LA ZONE GÉNITALE ....E GONFLEMENT DE LA ZONE GÉNITALE.F PLAIE/ULCÈRE GÉNITAL........................ G VERRUE GÉNITALE .... H DÉMANGEAISONS GÉNITALES...............I SANG DANS LES URINES .... J PERTE DE POIDS ....K DIFFICILE DE TOMBER ENCEINTE/ AVOIR UN ENFANT .... L AUTRE ______________________ W (PRÉCISER) AUTRE ______________________ X (PRÉCISER) PAS DE SYMPTÔMES..............................Y NE SAIT PAS..Z	
727	VÉRIFIER 410 A EU DES RAPPORTS SEXUELS ☐ ▼	N'A PAS EU DE RAPPORTS SEXUELS ☐	→ 737
727A	VÉRIFIER 724: CONNAIS MST ☐ ▼	NE CONNAIS PAS MST ☐	→ 729
728	Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur votre santé au cours des 12 derniers mois. Au cours des 12 derniers mois, avez vous eu une maladie sexuellement transmissible?	OUI..1 NON..2 E SAIT PAS 8	
729	Parfois, les hommes peuvent avoir un écoulement du pénis. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu un écoulement du pénis?	OUI..1 NON..2 NE SAIT PAS..8	
730	Parfois, les hommes peuvent avoir une plaie ou un ulcère dans la région du pénis? Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu une plaie ou un ulcère dans la région du pénis?	OUI..1 NON..2 NE SAIT PAS..8	
731	VÉRIFIEZ 728, 729, 730: A EU UNE INFECTION ☐ ▼	N'A PAS EU D'INFECTION ☐	→ 737
732	La dernière fois que vous avez eu (INFECTION DE 728, 729, 730), avez-vous recherché un conseil ou un traitement?	OUI..1 NON..2	→ 734

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
733	La dernière fois que vous avez eu (INFECTION DE 728, 729, 730) avez-vous fait l'une des choses suivantes? Avez vous.... - Recherché conseil auprès de personnel de la santé dans une clinique ou un hôpital? - Recherché conseil ou un traitement auprès d'un guérisseur traditionnel? - Recherché conseil ou acheté des médicaments dans une boutique ou dans une pharmacie? - Recherché conseil auprès d'amis ou de parents?	OUI NON 1 2 1 2 1 2 1 2	
734	Quand vous avez eu (INFECTION DE 728, 729, 730), en avez vous informé les personnes avec qui vous avez des rapports sexuels?	OUI....1 NON....2 CERTAINES PERS/ PAS TOUTES....3 N'A PAS DE PARTENAIRE....4	
735	Quand vous avez eu (INFECTION DE 728, 729, 730) avez vous fait quelque chose pour éviter d'infecter votre(vos) partenaire (s) sexuel(s)?	OUI....1 NON....2 PARTENAIRE DÉJÀ INFECTÉ....3	 2, 3 ►737
736	Qu'avez vous fait pour éviter d'infecter votre (vos) partenaire(s)? Avez vous.... • Arrêté les rapports sexuels? • Utilisé un condom pendant les rapports sexuels? • Pris des médicaments?	OUI NON 1 2 1 2 1 2	
737	Certains hommes sont circoncis. Êtes-vous circoncis?	OUI....1 NON....2	
738	ENREGISTRER L'HEURE	HEURE.... [ ][ ] MINUTES.... [ ][ ]	

OBSERVATIONS DE L'ENQUÊTEUR

À REMPLIR APRÈS AVOIR TERMINÉ L'INTERVIEW

COMMENTAIRES SUR L'ENQUÊTÉ :

____
____
____
____
____

COMMENTAIRES SUR DES QUESTIONS PARTICULIÈRES :

____
____
____
____
____

AUTRES COMMENTAIRES :

____
____
____
____
____

OBSERVATIONS DU CHEF D'ÉQUIPE

____
____
____
____
____
____

NOM DU CHEF D'ÉQUIPE :________________________ DATE: ____________________

OBSERVATIONS DE LA CONTRÔLEUSE

____
____
____
____

NOM DE LA CONTRÔLEUSE:________________________ DATE: ____________________